FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 13 DE OUTUBRO DE 1909

PARA SER PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Lafayette Godinho Lima

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

Dissertação

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

Ligeiras considerações sobre o valor da palpação abdominal no diagnostico da gravidez

Proposições

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

OFFICINAS DO «DIARIO DA BAHIA»

101 — PRAÇA CASTRO ALVES — 101

1909

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. Augusto Cesar Vianna
VICE-DIRECTOR — Dr. Manoel José de Araujo

LENTES CATHEDRATICOS	Secções	MATERIAS QUE LECCIONAM
Dr. J. Carneiro de Campos	1.ª	Anatomia descriptiva
Dr. Carlos Freitas	»	Anatomia medico-cirurgica
Dr. Antonio Pacifico Pereira	2.ª	Histologia
Dr. Augusto C. Vianna	»	Bacteriologia
Dr. Guilherme Pereira Rebello	»	Anatomia e Physiologia pathologicas
Dr. Manoel José de Araujo	3.ª	Physiologia
Dr. José Eduardo F. de Carvalho Filho	»	Therapeutica
Dr. Josino Correia Cotias	4.ª	Medicina legal e Toxicologia
Dr. Luiz Anselmo da Fonseca	»	Hygiene
Dr. Antonino Baptista dos Anjos	5.ª	Pathologia cirurgica
Dr. Fortunato Augusto da Silva Junior	»	Operações e apparelhos
Dr. Antonio Pacheco Mendes	»	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Dr. Braz Hermenegildo do Amaral	»	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
Dr. Aurelio R. Vianna	6.ª	Pathologia medica
. . . .	»	Clinica Propedeutica
Dr. Anisio Circundes de Carvalho	»	Clinica medica, 1.ª cadeira
Dr. Francisco Braulio Pereira	»	Clinica medica, 2.ª cadeira
Dr. José Rodrigues da Costa Dorea	7.ª	Historia natural medica
Dr. A. Victorio de Araujo Falcão	»	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular
Dr. José Olympio de Azevedo	»	Chimica medica
Dr. Deocleciano Ramos	8.ª	Obstetricia
Dr. Climerio Cardoso de Oliveira	»	Clinica obstetrica e gynecologica
Dr. Frederico de Castro Rebello	9.ª	Clinica pediatrica
Dr. Francisco dos Santos Pereira	10.ª	Clinica ophtalmologica
Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira	11.ª	Clinica dermathologica e syphiligraphica
Dr. Luiz Pinto de Carvalho	12.ª	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Dr. João E. de Castro Cerqueira		Em disponibilidade
Dr. Sebastião Cardoso		» »

LENTES SUBSTITUTOS

Dr. José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Drs. Gonçalo Moniz Sodré de Aragão e Julio Sergio Palma	2.ª »
Dr. Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Dr. Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Dr. Caio Octavio Ferreira de Moura	5.ª »
Dr. João Americo Garcez Froes	6.ª »
Drs. Pedro da Luz Carrascosa e J. J. de Calasans	7.ª »
Dr. José Adeodato de Souza	8.ª »
Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Dr. Clodoaldo de Andrade	10.ª »
Dr. Albino Arthur da Silva Leitão	11.ª »
Dr. Mario C. da Silva Leal	12.ª »

SECRETARIO — Dr. Menandro dos Reis Meirelles
SUB-SECRETARIO — Dr. Matheus Vaz de Oliveira

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

EXORDIO

> Dit le vieil et toujours vrai adage.
> Nunquam magis periclitatur fama medici quam ubi agitur de graviditate determinata.

Dentre os varios e numerosos assumptos que nos fornece a Sciencia Obstetrica, tomamos como objecto de nossa ultima prova academica:—Ligeiras considerações sobre o valor da palpação abdominal no diagnostico da gravidez:—cuja real utilidade é indubitavel.

A frequencia e dedicação que tivemos compulsando a Sciencia Obstetrica fizeram com que procurassemos as lições dos mestres para esclarecerem este methodo de pesquisa, auxiliador certo e efficaz do diagnostico exacto da gravidez.

São frequentes os casos de gravidez, sobre cuja verificação reinam duvidas sendo necessaria para seu reconhecimento, a intervenção medica.

A gestação, funcção importante, que se prende ao organismo da mulher, quantas vezes não é um problema de difficil solução?

Quantas vezes não se surprehende o medico com a negação de dados para um diagnostico positivo?

E quanto criterio não deve ter aquelle que tem de decidir da reputação, dignidade e futuro de seu semelhante!

Convencido do valor e das difficuldades que cercam a questão, mais por necessidade de estudo, do que

para cumprir uma exigencia regulamentar, escolhemos este assumpto para objecto da nossa dissertação.

Trabalhamos dias e noites incessantemente para alcançarmos a realidade de nosso intento—legitima aspiração do nosso espirito. A imperfeição do nosso trabalho—reconhecemol-a—no entanto, não deixa de merecer um certo acatamento d'aquelles que se consagram ao estudo do diagnostico da gravidez.

Apezar do nosso cabedal scientifico ser muito insufficiente para escrevermos uma bôa these, esperamos, dos nossos mestres benevolencia á ousadia do passo que damos, dos nossos collegas e amigos a animação para que assim possamos colher juntos as mesmas flores e os mesmos espinhos e do publico a costumada desculpa, attentas a nossa inexperiencia e o extremo amôr ao estudo e ao trabalho.

O AUCTOR.

La reproduction de l'especé est pour la femme l'object le plus important de la vie; c'est presque la seule destination á laquelle la nature semble l'avoir appellée et le seul devoir qu'elle ait a remplir dans la societé.

(RICHERAND)

CAPITULO I

Ligeiras considerações sobre o valor historico da palpação abdominal no diagnostico da gravidez

DISSERTAÇÃO

De bem longe data o estudo da palpação abdominal. Em todo este longo periodo, desde Hippocrates até o seculo XVII, não encontramos nos livros, nenhuma indicação relativa á palpação abdominal. A sua descoberta veio como um raio de luz dissipar as trevas espessas que mascaravam certos estados da gravidez. Foi uma das mais importantes e preciosas descobertas contemporaneas, que o mundo medico-scientifico, deve, ao genio investigadôr de Mercurius Scipio, medico italiano, que em 1601, este espirito claro, applicava as duas mãos sobre o abdomen de uma mulher que elle suppunha gravida, com o fim de verificar a sua suspeita; sentiu que d'entro do abdomen, existia um corpo solido que se movia d'entro de um liquido.

Em 1718, Dionis em sua obra (Traité des Accouchements) faz allusão a este modo de exploração, palpação abdominal ; quando, a proposito do diagnostico da gravidez gemea; elle se refere da maneira seguinte:

quando nós applicamos as mãos sobre o abdomen de uma mulher gravida, sentimos sensações que nos dão certeza, si existem dous fétos, pelos varios e differentes movimentos nos dous lados do abdomen da mulher. No caso em que elle examinou, observou estes movimentos e mais tarde verificou que de facto se tratava de uma gravidez gemea.

Mas, este meio de exploração permanecia esteril; quando em 1752, Rœderer, com o seu espirito altamente poderoso e perspicaz, veio erguer este soberbo edificio para a classe obstetrica, privilegio de suas amplas investigações. Para Rœderer, mesmo n'aquella época, a palpação abdominal era capaz de esclarecer o diagnostico o mais complicado da gravidez. Smellie e Baudelocque, seguem-no n'esta via, e tiram da palpação abdominal indicações importantes concernentes á situação do orgão gestador, á attitude do producto da concepção e á direcção do volume do utero. Em 1812, Wigand e Schmitt, empregavam em suas clinicas, este importante meio de exploração para o reconhecimento dos diversos estados da gravidez. Em 1814, Joerg auxiliado por Wigand, precisa as regras d'este processo de exploração, e indica os ensinamentos que o processo pode fornecer á arte obstetrica: d'ahi em deante os parteiros allemães começaram a estudar com todo o zêlo a palpação abdominal.

Em 1843, apparece o professor Hubert, de Louvain, a quem não podemos deixar de apontar as suas glorias, genio illuminado tambem pela scentelha divina da inspiração, que começou a chamar a attenção dos parteiros, por meio dos seus escriptos, sobre a importancia desta exploração, que elle ja ensinava a seus discipulos desde 1837, em seus artigos demonstrava que, a explo-

ração do abdomen pela palpação abdominal, não só servia para o diagnostico da gravidadez, como tambem para o diagnostico differencial das apresentações e das posições.

O Dr. Eng. Hubert, em uma lição sobre a palpação, se exprime n'estes termos: « A idéa de collocar a mão sobre o ventre da mulher gravida para reconhecer o conteudo através das paredes abdominaes, data de muito tempo, porém sem valor pratico; depois das suas lições a seus alumnos, foi tomando grande valor entre os parteiros. Em 1855, Matteï, em sua obra « Essai sur l'accouchement physiologique » consagra um capitulo importante sobre a palpação abdominal.

Reconhecemos deante do que lemos, que ninguem em sua época descreveu este modo de investigação com mais detalhes. Sentimos ao ler sua obra que as regras por elle enumeradas, são o resultado de longa experiencia. Em vista do seu trabalho de valôr sobre a palpação abdominal, não podemos deixar de citar, as principaes passagens d'este capitulo. « A palpação, é o exame dos orgãos contidos na cavidade abdominal, pela pressão methodica exercida com as mãos sobre a superficie externa d'esta cavidade. « A palpação, tem vantagens proprias e desvantagens relativas que a poêm, pelo menos, em parallelo com o toque.

Elles se fortificam, e se completam mutuamente, em vez de se excluirem. A palpação, é importante:

a—pela simplicidade e a facílidade de sua applicação: assim sendo, não temos necessidade de instrumentos, e podemos pratical-a sem que se descubra completamente a paciente; é optima para a pratica civil, em que as mulheres se prestam com repugnancia ao toque vaginal, principalmente antes do trabalho do parto;

b—em caso de intervenção de medicina legal, é util que ella seja empregada apezar da vontade da paciente, ou pelo menos, sem que ella desconfie o que nós podemos reconhecer ;

c—nos casos de ulceras venereas sobre a vulva e a vagina, em que o parteiro não está disposto a praticar o toque vaginal:

d—nos casos em que ha uma molestia, ou, uma sensibilidade excessiva dos orgãos genitaes, de maneira que impeça fazer o toque;

e—quando o collo não estiver dilatado, e as membranas não estiverem rôtas;

f—ella pode sêr praticada, com muito proveito em todas as apresentações e posições, nos ultimos mezes da gravidez e em quasi todos os tempos do trabalho.

Este meio de diagnostico tem agora para nós tanto valôr, que mui raramente temos necessidade do toque e da auscultação para reconhecermos a posição e a apresentação do féto. E' pela palpação ainda, que podemos fazer uma idéa exacta das attitudes naturaes que guarda o féto no seio materno, e temos sido levados á acceitar ou a rejeitar taes ou taes apresentações, e posições. Finalmente, é por este meio de exploração, que podemos reduzir antes do trabalho todas as apresentações, pela apresentação do vertice.... « Geralmente a palpação deve sêr feita, quando a paciente estiver deitada. Para isso, é preciso que ella esteja estendida horizontalmente sobre o leito, a cabeça um pouco levantada pelo travesseiro, os membros inferiores meio dobrados, e os membros superiores collocados sobre os lados do tronco.

Como os desvios do utero, e de seu conteúdo se fazem muitas vezes, mais para direita do que para

esquerda, é sempre conveniente que o parteiro se colloque ao lado direito, e o rosto voltado para a bacia da mulher, e então, elle começará a palpação.» A cabeça do féto sendo ordinariamente o primeiro ponto de reparo, e, como em geral, é no estreito superior que ella se acha, é justamente n'esta parte que devemos em primeiro logar, fazer as investigações.

Para isso, collocamos as duas mãos estendidas uma ao lado da outra sobre o meio do ventre, e, chegando em baixo, asseguramos do rebordo superior do pubis, depois apoiando sobre a parede que lhe faz continuação, deprimimos insensivelmente para penetrarmos na pequena bacia.

Chegando ahi, encontramos de ordinario um corpo de forma espherica que occupa o estreito, e que é pelo reconhecimento dos caracteres da forma, e pelo baloiço simples, mas sobretudo pelo baloiço duplo, a cabeça. Quando ella não occupa as regiões da cavidade abdominal, mas occupa um dos hypocondrios, é justamente n'esta zona que devemos procural-a. Em geral, é no hypocondrio direito que ella se aloja de preferencia; e em certos casos a palpação abdominal em logar de ser feita, estando a mulher deitada, será feita com ella de pé. «Sendo encontrado o primeiro ponto de reparo, teremos bases para diagnosticar a apresentação.

Com effeito, todas as vezes que a cabeça occupar o segmento inferior do utero, nos parece tratar de uma apresentação directa ou indirecta do vertice; e, em vez de occupar o segmento inferior, occupar o segmento superior, nos parece tratar de uma apresentação directa ou indirecta da nadega, segundo estas partes estejam ou não, no centro do estreito.

Depois de termos encontrado a cabeça, para acharmos

o tronco, afastamos os dedos uns dos outros, e por uma doce pressão sobre a maior parte da parede anterior do utero, havemos de encontrar o tronco sobre os lados ou obliquamente dirigido, mas nunca parallelo, nem tão pouco inteiramente perpendicular á linha branca.

Sendo, porem a cabeça do féto pequena, comparativamente á cavidade que a contem, faz que não percebamos a sensação que produz o tronco.

A sensação da parte convexa e da parte concava do féto pode ser sufficiente para determinar o lado para o qual está voltado o dorso.

Nos casos duvidosos podemos ir á procura dos pés; mas, o conhecimento da séde da cabeça, e o conhecimento da direcção do dorso, são sufficientes para indicar a apresentação e a posição do féto.

O occiput estará sempre do lado da convexidade do dorso.

Admittamos que o tumôr superior, não offereça caracteres muito sufficientes para conhecermos, si é de facto a cabeça ou o tronco, o que é muito raro; porem, passando ao tumôr inferior, procuremos vêr si o tumôr repoisa em cheio sobre o estreito, e offerece ahi, o baloiço simples e duplo; certificamo-nos então que este ultimo é a cabeça e não o tronco.

Si o exame do estreito superior nos offerecer uma parte extensa, resistente e accessivel somente do lado opposto aos dous outros tumores, é ainda a cabeça que está em baixo; mas, si o lado contrario não fôr accessivel senão do mesmo lado dos dous outros tumores, podemos dizer que é a nadega.

A palpação ainda é util no diagnostico da gravidez gemea.

Quando a cabeça de um féto estiver dirigida para

cima; muito apparente, e reconhecivel pelos signaes já indicados; podemos crêr em uma gravidez simples, offerecendo uma apresentação da nadega? E' o que vai demonstrar-nos o resto de exame.

Devemos agora explorar cuidadosamente as partes lateraes do utero, e havemos de encontrar dous tumores alongados que offerecem todos os caracteres de dous troncos; entretanto, examinando-se o estreito superior, temos a sensação de um tumôr cephalico, reconhecivel á pressão simples, mas sobretudo reconhecivel pelo baloiço simples.

E' muito raro podermos circumscrever com as duas mãos, e fazermos produzir o baloiço duplo. A parte opposta á cabeça será occupada então pela nadega do outro féto. Quando os fétos têm ambos a cabeça dirigida para baixo, encontraremos os dous troncos sobre os lados, e uma das cabeças.

Como vêmos, este meio de investigação, não nos dá somente o diagnostico da gravidez dupla, nos dá tambem o diagnostico da apresentação da cabeça do féto.

Antes de tudo, devemos procurar por todos os meios possiveis, pela exploração interna tanto quanto a externa, fazer uma idéa completa da apresentação e da posição do féto no utero.

Em primeiro logar, devemos procurar reconhecer em que lado do utero estão a cabeça e os pés; porque, como veremos, são duas partes fetaes sobre as quaes temos sobretudo de agir, pelas manipulações externas.

Não é senão depois de termos adquerido um conhecimento bem preciso do modo de apresentação do féto, que poderemos fazer manobras externas com a brandura e força necessarias, obtendo ás mais das vezes um resultado prompto e completo.

Este meio de exploração, ás vezes muito facil, se torna algumas vezes extremamente difficil, e n'estes casos deveremos empregar alternativamente, com prudencia, os meios de exploração que sejam precisos para uma verificação; assim sendo:

«*a* — Devemos collocar a paciente em diversas posições: tanto de pé como deitada, sobre o dorso ou sobre o lado.

«*b* — Durante a exploração interna, deveremos, com a outra mão, comprimir fortemente a parte do ventre a mais saliente.

«*c* — Quando ha uma grande inclinação do utero, de um ou do outro lado, deveremos fazer deital-a, durante todo o tempo da exploração, conservando-a sobre o lado opposto.

«*d* — Quando não houver saliencia bem pronunciada, deveremos comprimir fortemente o ventre acima do pubis, e ao mesmo tempo mandal-a tossir ou gritar.

«*e* — Finalmente, quando não podermos bem reconhecer a posição com os dêdos, deveremos introduzir a mão inteira na vagina.»

Joerg, n'esta mesma época, insistia sobre a importancia d'este meio de exploração.

Schmitt, tambem, precisava de antemão as regras d'este modo de investigação; que, diz elle: dá muitas vezes resultados mais certos que a exploração interna.

Hohl, diz: com a exploração externa, poderemos estabelecer a gravidez, e saber:

« *a* — Si a paciente está gravida;

b — Em que mez está;

c — Si é primipara;

d — Si tem um ou varios fétos;

e — Si a prenhez é acompanhada de um estado morbido, e qual a natureza;

f — Si ao lado de um utero gravido, encontramos uma gravidez extra-uterina, ou si esta ultima existe somente;

g — Si o féto está vivo ou morto;

h — Qual é a situação do féto;

i — Si um obstaculo mecanico não virá perturbar o parto.

A palpação abdominal nos revelará, durante o trabalho:

« *a* — Si o trabalho realmente começou;

« *b* — Si as dôres são verdadeiras ou falsas;

« *c* — Si as dôres são ou não regulares;

« *d* — Até que ponto está adeantado o trabalho;

« *e* — Qual é o obstaculo que se oppõe á terminação do parto, quer do lado da paciente, quer da parte do féto (posição a procurar);

« *f* — Si ha realmente um segundo féto na cavidade uterina. »

Hohl demonstrou as grandes vantagens da palpação abdominal; diz Velpeau que não seria perdoavel, si parteiro algum ignorasse este methodo de exploração.

Velpeau, em seu « Traité complet de l'art des accouchements » publicado em 1835, chamava a palpação « toque abdominal ».

A exploração do ventre, deve sêr constantemente auxiliada pelo toque vaginal, embora ella por si só, baste para fazer o diagnostico exacto.

Procedemos de dous modos:

« *a* — Collocando uma das mãos sobre o hypogastrio, emquanto a outra procura determinar o estado dos orgãos pelvicos pelo estreito perineal.

«b — Agindo sobre o abdomen com as duas mãos, sem tocar nos orgãos genitaes externos.

Os professores Devilliers e Chailly, em uma memoria apresentada em 1842, á sociedade de medicina de Paris, intitulada « De la valeur des signes fournis par l'auscultation »; depois de terem demonstrado a importancia da auscultação, nos casos que exigem este methodo de exploraçãc; nos recommendam a palpação abdominal, e nos dão as instrucções seguintes: «os modos pelos quaes podemos reconhecer as diversas partes do féto: as duas mãos applicadas sobre o abdomen exercerão a principio uma pressão muito moderada, afim de que não excitemos a dôr e a contracção dos musculos; depois, pouco e pouco poderemos empregar mais força, para bem sentirmos e abraçarmos as partes resistentes, que destinguiremos com bastante facilidade, das que não existem, senão liquido ou partes molles.

Jacquemier, em seu excellente «Manuel des Accouchements» se estende longamente sobre a importancia da palpação abdominal, que elle chama, toque abdominal; deplora, que o emprego da applicação das mãos sobre as paredes abdominaes para o reconhecimento do desenvolvimento do utero, e a presença do féto dentro d'elle, não tenha sido muito apreciado em França. Stollz, tambem em França na mesma época, empregava a palpação abdominal em sua clinica, e chamava attenção dos seus collegas para este importante methodo de exploração.

G. Murray, em Março de 1858, impregnado de preceitos allemães, publicava um trabalho intitulado « Diagnostic de la position du fœtus par le palper »; e eis aqui as principaes passagens: E' certamente possivel diagnos-

ticarmos a posição do féto seja qual fôr, pela palpação abdominal.

Este methodo, usado desde muito tempo na Allemanha, não é ainda empregado na Inglaterra.

A. Vienne demonstrou que, as differentes partes do féto podem sêr sentidas e reconhecidas pela palpação abdominal; temos o prazer de affirmar, este valôr da palpação abdominal no reconhecimento das partes fetaes, porque em diversos exámes por nós feitos no Hospital de Santa Isabel d'esta capital, verificamos perfeitamente, as partes fetaes; podemos pois, de uma maneira clara e precisa, fazermos o diagnostico não só da apresentação, mas tambem da posição.

Scanzoni, medico italiano, falando em sua monographia em relação á palpação, diz n'estes termos; podemos reconhecer pela palpação abdominal algumas das partes do féto, atravéz das paredes abdominaes.

Poderemos d'esta maneira diagnosticar uma apresentação transversa, quando a cabeça estiver situada acima do osso iliaco: as extremidades inferiores encontradas no fundo do utero, fazendo-nos suppôr uma apresentação da cabeça.

Um tumôr redondo, duro, resistente, volumoso, tendo como situação o fundo do utero, não podemos ter duvida que se trata de uma apresentação da extremidade pelvica.

O Dr. Niyert, em 1862, em sua these inaugural, não trata senão de indicações vagas e summarias relativas á ipalpação.

No Dr. Edmond Marchal, em sua these sustentada em 1863, em Strasbourg, intitulada: «Étude du palper abdominal dans ses applications au diagnostie de la grossesse;» encontramos considerações geraes, nas

quaes affirmam peremptoriamente o valor do methodo da palpação abdominal, no diagnostico da gravidez.

Os professores: Lanois, Sée e Tarnier, em 1865, demonstraram a importancia da papalção abdominal, e expozeram de um modo simples, mas com precisão, o manual operatorio.

O Dr. Belin, em 1866, em sua Memoria, corôada pela sociedade de medicina do departamento do Norte da Allemanha, fez grande apologia da palpação abdominal, como meio de diagnosticar a gravidez.

O Dr. Guyon, em 1869, escréveu em um jornal medico; um artigo concernente á palpação abdominal, no qual expoz methodicamente os principios geraes necessarios a este methodo de exploração.

O professor Verrier, em 1869, se limitou apenas a circumscrever o orgão, para julgar por sua elevação, a época da gravidez... e tambem para reconhecer o baloiço.

Joulin, na mesma época, reconheceu o valôr da palpação abdominal, no diagnostico da gravidez, e ensinou a seus alumnos a pratical-a; mas, esta exploração tão importante, elle descreveu de uma maneira incompleta, insufficiente.

Nœgele e Grenser falam apenas na difficuldade de palpar o ventre, e nos erros de diagnostico que a palpação abdominal pode fornecer. Depaul estudou bem o assumpto, e diz: «a palpação abdominal nos dá dados sufficientes para fazermos um diagnostico de certeza da gravidez; porem, para esta exploração têr valôr, é preciso que encontremos condições as mais favoraveis; isto é, que a parede abdominal esteja delgada, depressivel etc. Circumstancias embora especiaes ou excepcionaes, podem impedir a palpação abdominal, ou tirar a sua precisão; entre estas circumstancias, temos a notar

principalmente: certos tumores do ventre, a peritonite, o hydramnio e o espasmo ou a retracção do utero, só-o depois do escoamento das aguas.

N'este mesmo anno, M. Lucas e Schrœder escreveram artigos sobre a palpação abdominal, dando grande valôr a este processo de exploração, no diagnostico das apresentações e posições. Fassbender fez notar que nas apresentações pelvicas ou transversas, podemos ás vezes, e em certas circumstancias favoraveis, sentir através dos tegumentos abdominaes, a crepitação; similhante ao que observamos, quando machucamos o pergaminho; esta crepitação, é produzida pelo cavalgamento dos ossos do craneo do féto. J. Chadwick, em 1876, deu uma lição que foi publicada na revista «The American Practitioner» na qual salientava o methodo da palpação abdominal, no diagnostico da gravidez.

Diz elle: a palpação abdominal, determina o volume, a consistencia, a forma, a posição do utero, o tamanho do féto, seus movimentos espontaneos e a apresentação a que pertence; ella auxilia tambem, o reconhecimento da presença de um, ou de dous fétos; como ainda, os reconhecimentos do tumôr pelvico ou abdominal, a transmissão do pulso aortico, a plenitude ou a vacuidade da bexiga, e, até certo ponto, a existencia da placenta previa.

Otto Spiegelbert apresentou serios estudos relativos á classificação das apresentações e posições, por meio da palpação abdominal.

Foi em 1878, que a palpação abdominal começou a ser empregada pelos parteiros com credulidade.

Muitos medicos parteiros, antes désta data, empregavam todos os meios afim de obter a gloria da divulgação do importante methodo de exploração; quando

appareceu, A. Pinard, que sob os conselhos do seu velho mestre Tarnier, entregara-se a um estudo aprofundado da palpação abdominal; publicando mais tarde, uma muito importante monographia com o fim de vulgarisar este methodo de exploração. Em dous relatorios feitos, sobre a palpação abdominal, A. Pinard enviou ao Congresso Internacional de Sciencias medicas de Moscou, realisado a 19—26 de Agosto de 1897; A. Pinard resumiu os ensinamentos que podem fornecer a palpação abdominal em Obstetricia. Pois bem, o resultado brilhante colhido por este sabio e venerando mestre, pai por assim dizer d'este processo de exploração obstetrica; pela sua investigação, adqueriu enthusiasmo e admiração pelo seu espirito altamente cultivado e claro.

Este astro de primeira grandeza produziu com os seus reflexos, em Obstetricia, um dos maiores auxiliares; não só, porque conseguiu trazel-a em pratica, como ainda, arrastou comsigo outros, que fizeram com que, hoje, se tornasse imprescindivel na pratica obstetrica. D'ahi em deante, a palpação abdominal foi pouco e pouco se esclarecendo, tomando assim a sancção da sciencia. Assim, emquanto uns laureavam ao genio, ao espirito superior e creador da Obstetricia, e principalmente da exploração abdominal; outros negavam a importancia genial d'esta acquisição. Depois d'esta lucta scientifica, que A. Pinard conquistou os loiros, a palpação tem sido hoje empregada por todos os parteiros com os melhores resultados no diagnostico da gravidez, tornando-se assim, um processo quasi universal.

CAPITULO II

Valôr da palpação abdominal sob o ponto de vista do diagnostico da gravidez

Estudamos no capitulo precedente do modo melhor que nos foi possivel, a importancia do valôr historico da palpação abdominal, sob o aspecto exclusivo da sua applicação ao diagnostico da gravidez, procurando tornar evidente o incontestavel valôr d'este processo no exame obstetrico.

Neste capitulo estudaremos o valôr da palpação abdominal sob o ponto de vista do diagnostico da gravidez.

Depois que, Rœderer chamou a attenção dos parteiros para a palpação abdominal, domonstrando as preciosas vantagens que podemos tirar della, em relação ao diagnostico da gravidez, quasi todos os parteiros têm mencionado este processo de exploração; mas é preciso dizer que o toque vaginal e auscultação, sós, são descriptos por elles de uma maneira completa.

Sem querermos de maneira alguma attenuar os resultados tão preciosos que obtemos com o auxilio d'estes dous processos de exploração, applicados ao diagnostico da gravidez, pensamos que a exploração abdominal,

podendo muitas vezes prestar-nos relevantes serviços, deve sêr descripta pelos parteiros com mais minucias; o que não têm feito até aqui os nossos tratados classicos. Applicada ao diagnostico da gravidez, a palpação abdominal tem por fim procurar a presença de um tumôr ou de tumôres na cavidade abdominal, apreciando o volume e os caracteres e fazer conhecer a natureza de seu conteúdo.

Pesquisa do utero durante a primeira época da gravidez.

Antes de praticarmos a exploração, é absolutamente necessario, fazermos evacuarem a bexiga e o recto.

A mulher estando deitada, e evacuados o recto e a bexiga, depois de termos apreciado a espessura, o gráo de tensão e de sensibilidade da parede abdominal, devemos procurar o utero.

Está claro e bem entendido que a percussão presta grandes auxilios n'esta pesquisa, mas não nos devemos occupar d'este processo de exploração, em vista do assumpto desta these ser exclusivamente, a palpação abdominal.

Algumas vezes o utero vem se apresentar por assim dizer á mão, e n'este caso, só nos resta apreciar o contorno, a consistencia para que possamos determinar a natureza de seu conteúdo, e ter um diagnostico completo.

Entretanto o utero ás vezes na pequena bacia, nos parece querer escapar-se a este modo de exploração.

Finalmente conhecemos que, a pesquisa do utero será tanto mais facil quanto a parede abdominal for mais delgada, e o relaxamento dos musculos fôr mais consideravel.

Parece-nos necessario assignalar erros que encontramos em quasi todos os auctores, que são relativos á

altura do fundo do utero nas differentes épocas da gravidez.

Cazeaux admitte geralmente que no quarto mez, o fundo do utero esteja situado a dous ou tres dedos acima do pubis; no quinto mez a um dêdo abaixo do umbigo; no sexto mez, a um dêdo acima.

No entretanto Wieland, que tomou como ponto de reparo a symphyse, diz: que no quarto mez o fundo do utero está separado da parte superior da symphyse pubiana por uma extensão de cinco a seis centimetros; no quinto mez está de oito a nove centimetros acima do estreito superior. Estes dados quanto a dimensões não nos parecem estar conformes á verdade.

As numerosas observações feitas pelo professor Pinard e algumas por nós, demonstram perfeitamente que o estado de vacuidade ou de repleção dos orgãos vizinhos, a conformação da bacia, a compressão exercida ao nivel da cintura pelo espartilho, são causas que podem mudar a situação do utero; e nos têm igualmente fornecido provas, que demostram, que a altura do utero indicada pelos auctores, durante os seis primeiros mezes da gravidez, é notavelmente insufficiente.

Das pesquisas feitas pelo professor Pinard resultaram que no terceiro mez da gravidez, o fundo do utero estava ordinariamente a nove centimetros acima do bordo superior da symphyse pubiana; no quarto elle estava a quinze centimetros, avizinhando mais ou menos do umbigo.

Entretanto não encontramos parteiro algum abalisado que tivesse dito haver encontrado em mulher alguma um utero, cujo fundo não passasse o umbigo no quinto mez.

D'outro lado, não é preciso esquecermos que nos

casos de retroversão, o utero pode ter desapparecido, e ficar encarcerado na escavação até no terceiro mez.

O professôr Tarnier observou um caso em que o fundo do utero, no quarto mez da gravidez, passava apenas alguns millimetros do pubis, sem que houvesse abaixamento ou prolapso uterino, que se podesse invocar para explicar esta anomalia.

Muitas vezes elle teve occasião de observar este facto, sem que desse o abaixamento, sobre o qual elle não tem insistido bastante, visto como durante os tres primeiros mezes o utero, que se achava na vespera claramente percebido acima do estreito superior, elle encontrava-o no dia seguinte impossivel de achar pela palpação abdominal.

Praticando então o toque vaginal, que é uma das especies de palpação, encontrou o utero escondido na escavação, onde habitava por muito tempo.

Deixando de lado todas estas concepções excepcionaes, tòdas estas variações só encarando o facto mais commum, podemos dizer que o fundo do utero, desde as primeiras semanas da gravidez, passa o bordo superior do pubis, e é percebido pela palpação abdominal desde o terceiro mez; embora seja um orgão mais abdominal do que pelviano, torna-se mais apreciavel por ella.

Quanto a sua inclinação, si bem que comece a se pronunciar ao mesmo tempo que o movimento ascencional do utero na grande cavidade abdominal, é menos pronunciada que durante a segunda metade da gravidez.

Ás vezes quando encontramos o utero á direita, não é raro encontral-o na linha media ou á esquerda.

Nada temos que dizer da forma do utero, que não seja conhecida.

Sabemos, porém, que de triangular que é no estado

de vacuidade, torna-se periforme desde o começo da gravidez, depois espheroidal no terceiro mez em deante...

A consistencia do utero durante a primeira metade da gravidez, merece ser conhecida.

Differe absolutamente da de um tumôr fibroso, e especialmente da fornecida por um kysto do ovario, sendo ambos de iguaes volumes.

Nos casos de gravidez normal e simples, e no estado de relaxamento, que é o que encontramos ordinariamente, porque as contracções indolores do utero são muito mais raras na primeira metade da gravidez, do que na segunda; o utero dá á mão que palpa, uma sensação de resistencia molle, que não é a fluctuação.

A consistencia é muito menor que a de um tumôr fibroso.

A tensão da parede è igualmente menos pronunciada que a parede de um kysto do ovario.

Quando deprimimos o utero gravido com os dedos, ou com um instrumento qualquer; o utero se amolga, se deprime; emquanto o kysto do ovario rola sob os dedos, ou sob o instrumento se deslocando, parecendo querer escapar-se ás investigações.

O professor Pinard, em tres mulheres, conseguiu acompanhar o desenvolvimento simultaneo de um utero gravido, e de um kysto do ovario, tendo o cuidado de observar esta differença de consistencia: tensão permanente da parede kystica e a elasticidade pronunciada da parede uterina.

Mas não nos é preciso dizer que estas contracções indolores são muito raras durante a primeira metade da gravidez; ellas quasi não existem... e quando existem, sentimos quando palpamos no momento das contracções,

umas sensações sensivelmente analogas ás fornecidas por um tumôr fibroso.

Em certas mulheres, ameaçadas de aborto, o utero pode conservar esta dureza quasi lenhosa durante alguns dias, sem alternativas de relaxamento.

E' sempre bom que recommendemos á mulher, que respire largamente, no momento em que praticamos as pressões com as duas mãos applicadas sobre a parede abdominal.

As pressões sendo continuas a cada expiração ganharemos alguma cousa, e chegaremos então com facilidade a explorar a grande bacia, e a area do estreito superior.

Algumas vezes as mãos applicadas assim penetram mui profundamente; de maneira que não poderemos sentir o angulo sacro-vertebral, que poderiamos tomar, si não estivessemos prevenidos, por um tumôr pathologico.

Um tumôr sendo reconhecido, podemos saber qual é a sua natureza? E' possivel por meio da palpação abdominal conhecermos a natureza de seu conteúdo, e affirmarmos que não se trata de um tumôr pathologico; mas do desenvolvimento de um utero gravido?

Esta questão já está resolvida de um modo claro e evidente.

Os parteiros antigos diziam: que absolutamente não podiam fazer a differença entre um tumôr pathologico que se desenvolve na cavidade abdominal e o desenvolvimento do utero gravido...

Mas hoje todos os parteiros modernos, como sejam: Ribemont, Bar e Auvaid, etc., dizem que não ha difficuldade alguma em conhecermos a differença entre um tumôr pathologico desenvolvido na cavidade abdominal, ainda mesmo que elle esteja localisado na cavi-

dade uterina, de um tumôr produzido pelo desenvolvimento de um utero gravido.

Em primeiro logar o utero gravido muda a todo momento de consistencia, devido ás suas contracções, que sentimos pelo seu endurecimento sob as nossas mãos, e podemos affirmar peremptoriamente que elle é constituido pelo utero.

Os outros parteiros perguntavam então... Não haverá outro tumôr senão o desenvolvimento do utero, que seja capaz de apresentar estas modificações?

Nos parece que esta asserção é muito affirmativa, porque de uma parte, a bexiga enormemente distendida pela urina, póde se contrahir, como verificaram Pajot e Tarnier, n'uma mulher do serviço do hospital, por uma retroversão do utero gravido.

D'outra parte, um fibroma sub-peritoneal, somente sendo ligado ao utero por um pediculo bastante delgado, póde igualmente endurecer, contráhindo-se sob as nossas mãos.

Apezar de Pajot e Tarnier nos apresentarem casos, nos quaes certos tumores podem apresentar contracções, sem que seja o utero, nós ainda conservamos a opinião dos sabios mestres, ante os quaes nos curvaremos submissos; principalmente sendo estes casos inteiramente excepcionaes, e não nos devendo guiar pelas excepções que não constituem regras......

O que observamos a cada passo e a cada momento é que, quando encontramos um tumôr no abdomen de uma mulher, apresentando no começo contracções indolores e ao passo que vae se tornando mais antigo, ellas tornam-se dolorosas, sem examinarmos, devemos suspeitar immediatamente um estado de gravidez, mais ou menos adiantada.

Embóra, a exploração abdominal nos forneça signaes de grande certeza, pelos quaes podessemos fazer o diagnostico; nos convém, comtudo, recorrer ás vezes á exploração interna (toque vaginal), para confirmar o nosso diagnostico. (Pinard)

Esta exploração do conteúdo pode ser: directa ou indirecta; directa, quando introduzimos um dos dêdos ou um instrumento na cavidade, ou mesmo através do orificio; indirecta, quando praticamos, a auscultação para ouvir as pulsações fetaes, o toque vaginal ou a palpação abdominal, para procurarmos os movimentos activos ou passivos do conteúdo, através da parede uterina e da parede abdominal.

Hoje é geral, e justamente admettido que os movimentos passivos constituem um dos signaes de certeza da gravidez; pois que o utero gravido, a partir do quarto mez e ás vezes de menos, é o unico tumôr abdominal, no qual podemos perceber claramente a presença de um corpo solido e movel, fluctuando em um liquido;» e estes movimentos são sentidos muito bem, pela palpação abdominal; donde comprehendemos, o grande valôr d'este meio de exploração no diagnostico da gravidez.

Certamente si collocarmos as pôlpas dos dêdos, e fizermos uma ligeira compressão sobre a parede abdominal, sentiremos perfeitamente o baloiço, isto é, a sensação de um corpe solido que se desloca e muitas vezes em alguns casos, chegamos a sentir as partes que se deslocám.

Os movimentos passivos não podem sêr sentidos durante os primeiros mezes da gravidez; porque então os abalos directos communicados ao utero, em razão do diminuto volume e do pêso minimo do embryão, não podem determinar movimentos passivos perceptiveis através das paredes a abdominal e a uterina.

A percepção d'este signal importante da gravidez, se torna ordinariamente facil do quarto mez em deante.

Para percebermos os movimentos passivos pela palpação abdominal, o tumôr sendo bem limitado, collocamos as mãos de cada lado do utero, e deprimiremos um pouco bruscamente a parede uterina com uma, e guardando a outra em immobilidade, com o fim de percebermos as seguintes sensações:

Ora os dêdos da mão que deprimem dão sensação a estes, de um corpo solido que afasta não existindo outra sensação; ora o corpo volta, tornando a sensação dupla: ás vezes se pode dar o caso em que: os dêdos que deprimem, nada percebem, somente os dêdos do lado opposto, que sentem um ligeiro choque produzido pelo corpo que, deslocado, vém ferir a parede uterina, a este nivel.

Tivemos occasião de observar por innumeras vezes, no hospital de Santa Isabel, no serviço clinico do illustrre mestre Dr. Climerio de Oliveira, os movimentos passivos e activos do feto por meio da palpação abdominal.

Estas differentes sensacões temos percebido, do quarto mez em deante; conhecendo ás vezes n'esta época o verdadeiro baloiço; principalmente quando uma das partes volumosas de feto, sendo em geral, a cabeça, vém ficar vizinha da região umbelical.

N'este caso o baloiço pode ser mui facilmente percebido, não só pela palpação abdominal, como ainda pelo toque vaginal.

N'esta região, a espessura da parede abdominal é muito menos consideravel que qualquer das outras; e a parede uterina não é separada das pôlpas dos dêdos que examinam, senão por um delgado intervallo.

Com effeito a extremidade cephalica sendo a mais

commum n'esta época da gravidez, e estando em relação com o fundo do utero; quando deprimimos embóra ligeiramente com as pôlpas dos dêdos, obteremos uma sensação simples e extremamente clara.

Tambem do mesmo modo que na interrogação do utero pelo toque vaginal, reconhecemos que o logar de predilecção para collocarmos as pôlpas dos dêdos é o fundo de saco anterior, pensamos com muita razão, fundados na mesma logica, que o logar de predilecção para procurarmos o baloiço pela palpação abdominal, deva ser a região peri-umbelical, por ser este fundo de saco correspondente pouco mais ou menos a esta região.

Finalmente as mãos applicadas immediatamente sobre a parede abdominal, correspondem á parede uterina; e podemos perfeitamente preceber o choque fetal, isto é: os movimentos activos do féto; signal este que tem grande importancia no diagnostico da gravidez, pela palpação abdominal; porque não só nos mostra a presença do féto, mas tambem nos indica a vitalidade d'elle.

PESQUISA DO UTERO E DO FÉTO DURANTE A SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ

Durante a segunda metade da gravidez o utero, em razão do seu desenvolvimento, se torna mais superficial; suas relações com a parede abdominal, são mais intimas e mais extensas; a massa intestinal sendo rejeitada para o lado (muitas vezes para o lado esquerdo); é muitas vezes encontrada uma ansa intestinal; entre elle e a parede intestinal; tambem por todas estas razões sua exploração pela palpação abdominal se torna relativamente facil.

As contracções são mais frequentes; seu côto e sua forma se accusam. E' preciso, para que a palpação abdominal se mostre impossivel ou insufficiente, na pesquisa dos ensinamentos que nós são necessarios: que a parede abdominal seja a séde de uma infiltração adiposa consideravel.

A' excepção d'estes casos, verdadeiramente excepcionaes, a palpação abdominal nos dará indicações precisas sobre a tensão da parede uterina, sobre a forma do utero, sobre o movimento de rotação.

A sensação dos annexos do utero á direita ou á esquerda, nos indicará em que sentido será effectuado o movimento de rotação.

Si, como sabemos, o utero soffresse muitas vezes durante a gravidez um movimento geral de rotação sobre seu eixo; tal como, sua face anterior estivesse dirigida para direita, o bordo esquerdo para deante; a face posterior para esquerda e para atrás; algumas vezes tambem este movimento se effectuasse em sentido inverso, isto é, da direita para a esquerda.

Até no quinto mez, podemos fazer baloiçar o féto todo inteiro; mas a partir d'esta época, o bailoço não é senão limitado a uma parte fétal; a menos que não tenha uma quantidade consideravel e anormal de liquido amniotico, como na hydropisia do amnios; n'este caso o baloiço total pode persistir até o fim da gravidez.

Observamos no hospital Santa Izabel, no serviço da clinica do Dr. Clemerio, uma mulher gravida em época do nono mez, em que o féto era completamente movel acima do estreito; e esta mesma mulher aprensentava um tumôr pathologico que nos pareceu um fibro-myoma, que se deslocava perfeitamente, assimilhando um sesegundo féto. Nos casos normaes, pelo contrario, as

unicas partes fetaes que conservam uma mobilidade poderosamente independente das regiões vizinhas, e que podem nos dar sensação baloiço, são: os membros da extremidade cephalica; sobretudo quando correspondem ao fundo do utero.

Finalmente a percepção dos movimentos activos se torna mais clara e mais facil, quando se approxima o termo da gravidez.

CAPITULO III

Valor da palpação abdominal sob o ponto de vista do diagnostico das apresentações e das posições durante a gravidez.

Trazendo á luz da publicidade o valôr da palpação abdominal, demonstramos que são de grande importancia os resultados, que d'ella tiramos para o diagnostico.

Este meio de exploração deve sêr posto em pratica todas as vezes que o diagnostico da gestação se tornar preciso.

Methodico e cuidadosamente applicado, nos fornece dados de grande valôr ao estudo do diagnostico.

Certas difficuldades podem, entretanto, envolver este exame physico de investigações, apresentando-nos verdadeiros obstaculos, que tornam os resultados ás vezes obscuros ou completamente nullos:

A—Uma tensão excessiva das paredes abdominaes.

N'este caso, algumas vezes, a anesthesia somente pode vencer esta resistencia.

B—A espessura considaravel d'estas mesmas paredes.

Assim em certas mulheres ha um desenvolvimento tão notavel de tecido adiposo, que as parédes abdo-

minaes se deprimem mal, de modo a não podermos distinguir o globo uterino.

Este obstaculo é permanente e torna algumas vezes, a palpação abdominal completamente nulla.

C—A infiltração da região hypogastrica: a hydropisia, a ascite ou a presença de tumores na região do ventre. Estes obstaculos tornam algumas vezes estereis as investigações.

D—Uma affecção dolorosa, tendo sua séde no peritonéo, intestino, ou na parede abdominal, exasperandose por meio da pressão.

Este obstaculo não invensivel, Simpson lhe preconisou a anesthesia pelo chloroformio, permittindo d'este modo, a insensibilidade da mulher, uma exploração mais completa; mórmente quando, a duvida esteja ainda plantada em nosso espirito, entre o caso de uma gravidez, ou de uma affecção do utero, ou do ovario, que nos explique a sensibilidade exaggerada do abdomen.

E—O meteorismo levado a um alto gráo. Este obstaculo é superavel.

F—A distensão excessiva da bexiga. Tambem não è este, um obstaculo serio, ao exame da palpação abdominal; porque dispomos de meios para praticar o catheterismo, embora não seja, comtudo, um processo de muita facilidade no termo da gravidez; porque na apresentação do vertice (que é mais frequente) a cabeça do féto se introduzindo no estreito superior, apoia-se sobre a face posterior da symphyse do pubis, difficultando-nos a introducção da sonda, alèm de que notamos que ha um desvio do canal da urethra pelo tmovimento de torção que soffre com a evolução gestatoria.

E' raro que taes obstaculos encontremos; o exame se torna facil no maior numero dos casos, nos quaes o utero com a forma globulosa, e geralmente liso.

Para procedermos com methodo no exame, a mulher deve estar deitada no decubito dorsal. Si bem que possamos muitas vezes explorar todo o abdomen, quando a mulher estiver coberta com suas vestes, tomando o devido cuidado de levantar até a região epigastrica; é preferivel, todavia, que pratiquemos, a palpação abdominal, a mulher estando deitada em seu leito, vestida somente de camisa. Com effeito, as vestes não estando levantadas, podem sêr uma causa de embaraço para mulher, impedindo muitas vezes que examinemos o fundo do utero, sobretudo nos casos em que o orgão gestadôr, muito desenvolvido e elevado, vem para sua região superior se dissimular sob as falsas costellas.

O espartilho produz similhantes inconvenientes. Notamos mais que nestes casos apezar de todas as precauções tomadas por nós, se produzem, pelo facto das vestes levantadas ou do espartilho, contracções ao nivel do abdomen ou da parte inferior do peito, impedindo o livre jôgo da respiração; sobrevindo então uma acceleração nos movimentos respiratorios, e, como cada inspiração se extende aos musculos da parede abdominal, o relaxamento completo não observamos, senão durante a expiração muito curta; por isso mesmo a exploração se torna mais difficil.

O decubito deve sêr tanto horizontal, quanto possivel.

Nos ultimos tempos da gravidez quasi todas as mulheres experimentam allivio, sobretudo, sob o ponto de vista da respiração, repoisando a cabeça sobre o travesseiro.

Esta posição é má para praticarmos a palpação abdo-

minal; o conteúdo da cavidade abdominal tem a tendencia a se desviar, sobretudo nas multiparas, para as regiões inferiores do ventre, cobrindo a symphyse e algumas vezes mesmo passando, e em certos casos, se tornando extremamente difficil; sendo impossivel de explorarmos a pequena bacia. Deveremos pois, tirar os travesseiros, e deixar a cabeça poisar sobre o leito.

Quasi todos os parteiros aconselham que devemos dobrar as pernas sobre as côxas, e por isso mesmo, ao côxas sobre o abdomen.

Esta recommendação é má sob todos os pontos de vista, e eis porque: o fim que desejamos fazendo flexionar os membros inferiores, é o relaxamento dos musculos abdominaes; este fim não é sempre obtido por esta situação; porque a mulher, tendo n'esta situação verdadeiros pontos de apoio, está muito mais disposta a contrahir seus musculos. Com effeito, no ultimo periodo da gestação, o ventre é mais ou menos proeminente, e a semi-flexão conduz a face anterior das côxas contra a parede abdominal; d'ahi, a impossibilidade de procurarmos certos pontos de reparo na escavação.

Ao nosso vêr parece preferivel fazer estender os membros inferiores e afastal-os, afim de que os ramos horizontaes do pubis fiquem facilmente exploraveis.

E' conveniente explorar por meio da palpação, a parede abdominal a nú, ou é indifferente que esta parede esteja coberta com a camisa?

Para respondermos, não será preciso hesitar; a parede abdominal a nú, não nos resta a menor duvida, que seria muito melhor; porém não se segue com isto, não possamos fazer a exploração, estando ella coberta, principalmente, si a cobertura fôr de um tecido muito fino.

A melhor posição que devemos fazer tomar a mulher, que vamos examinar, é a seguinte: decubito dorso-horizontal, cabeça ligeiramente flexionada, braços estendidos ao longo do corpo, membros inferiores estendidos e ligeiramente afastados, parede abdominal descoberta desde o pubis até ao nivel da região epigastrica. (Pinard).

E' conveniente, para a commodidade não só da paciente, como tambem nossa, que ella esteja approximada do bordo do leito, porque o exame torna-se menos penoso para ella, e para nós menos fatigante.

E' necessario, que estejamos prevenidos, desde o começo da exploração, com as contracções indolores da gravidez, ou com as contracções dolorosas do trabalho; e n'estes casos a palpação abdominal não pode sêr effectuada, sem que de novo façamos o relaxamento do utero.

Finalmente devemos dizer que a palpação abdominal deve ser feita, tendo as nossas mãos a mesma ou quasi igual temperatura, que a da mulher que vai sêr examinada.

Manual operatorio — Podemo-nos collocar indifferentemente quer á direita, quer á esquerda da mulher, mais é conveniente que nos colloquemos pouco mais ou menos á altura do umbigo.

Procuramos então qual póde sêr a espessura da parede abdominal, porque as sensações percebidas serão mais ou menos claras, superficiaes, segundo a parede fôr mais ou menos espessa.

Esta pesquisa é muito facil em todos os casos; basta fazermos uma dobra na parede abdominal, a

espessura d'esta dobra nos ensina poderosamente, e começamos a palpação.

Por onde devemos começar?

Devemos procurar alguma parte do féto, para depois levar as mãos para cima ou para baixo? Quasi todos os parteiros se occupam d'este processo de exploração, e nos recommendam começar pela pesquisa da cabeça; entretanto outros aconselham limitar o utero primeiramente, e em segundo logar deprimir suas differentes partes indifferentemente de cima para baixo ou vice-versa, da direita para a esquerda, ou vice-versa, para depois analysar as sensações percebidas; e finalmente, por um juizo synthetico, fazermos um diagnostico.

Estes differentes modos de operar offerecem inconvenientes, não nos resta a menor duvida; principalmente quando são feitos por parteiros pouco praticos, ás vezes podem chegar a falsos diagnosticos.

Effectivamente é difficil: a cabeça não apresentando nenhum ponto de reparo fixo; ella pode estar abaixo ou acima, encravada profundamente ou situada immediatamente acima da area do estreito superior, etc.

Os planos resistentes podem sêr encontrados em quasi todos os pontos do abdomen; e tambem, mesmo analysando com maximo cuidado as sensações percebidas, distinguiremos o féto na cavidade uterina, porém, com difficuldade.

Mas quando o parteiro está habituado a praticar a palpação abdominal, conhece perfeitamente as diversas attitudes do féto nos ultimos periodos da gravidez, e diagnostica exactamente.

Para podermos diagnosticar exactamente, é preciso têrmos conhecimento exacto e previo das diversas attitudes que podem tomar o féto durante os ultimos

mezes da gravidez, isto é, o conhecimento da accommodação.

Antigamente diziam que no momento do trabalho, certas regiões do féto, permaneciam ao nivel do estreito superior; e no entretanto sabemos hoje, que durante toda a evolução da gravidez, o producto da concepção obedece as leis de physica, tomando assim attitudes determinadas, regidas por causas e não attitudes indifferentes e fortuitas.

* * *

Exploração da escavação. — Para explorarmos a escavação, nos será preciso procurar os ramos horizontaes do pubis, isto é, a abertura superior da escavação ou a parte anterior do estreito superior.

Este ponto de reparo nos é indispensavel reconhecer; depois disso, será facil apreciarmos o gráo mais ou menos pronunciado do encravamento da região fetal, conforme acharmos acima, ao nivel, ou abaixo d'este ponto.

Nos é facil de encontrar, com as extremidades dos dêdos, o bordo superior do arco anterior da bacia, em quasi todas as mulheres; em algumas, e em particular n'aquellas que têm a parêde abdominal delgada e extensivel, e o utero em anteversão (posição anormal); o ventre em forma de obuz, ou n'aquellas que têm uma inclinacão muito accentuada do estreito superior (uma anteversão da bacia), será preciso primeiramente levantar o ventre com as palmas das mãos, para depois irmos á procura dos pontos de reparo.

Para explorar a escavação, é mister collocarmos as mãos a cinco ou seis centimetros á direita ou à es-

querda da linha media, as extremidades dos dêdos em relação com o arco anterior da bacia, deprimiremos a parede abdominal de cima para baixo e de diante para tras.

Operando convenientemente, ou os dêdos experimentam ao nivel da extremidade uma sensação de resistencia, resultante do encontro de um corpo duro, volumoso e arredondado, que os impeça de penetrar mais profundamente, enchendo a escavação; ou os dêdos só encontram uma resistencia fornecida pelas partes molles, e podem aprofundar-se, approximando sobre a linha media, sem encontrarem resistencia; ou finalmente elles podem penetrar ao nivel das paredes da escavação, mas sentindo por suas faces palmares, um corpo mais ou menos irregular e resistente.

A escavação pode estar: cheia, incompletamente cheia ou vazia.

A escavação está cheia, quando o corpo que encontramos tem os caracteres seguintes: é arredondado, regular, resistente e está quasi em totalidade n'ella, occupando-a completamente.

Estes caracteres não podem pertencer senão á extremidade cephalica; a palpação abdominal, sendo praticada durante a gravidez, este corpo só pode sêr, a extremidade cephalica em flexão (o vertice), porque, jamais durante a gravidez encontramos na escavação a extremidade cephalica em extensão (a face), ou o tronco.

Geralmente é o vertice das partes do féto que se apresenta antes do trabalho; e por excepção a nadega.

Quando é a nadega que está no estreito, os dêdos param bruscamente comprimindo-a de cima para baixo, mas, approximando sobre a linha media; sentem pelas

suas faces palmares, e não pelas extremidades, um corpo mais ou menos volumoso e resistente.

Esta differença de sensação é caracterisada por todos nós familiarisados com a palpação abdominal.

Devido a conformação anatomica e o volume das outras regiões, para que o encravamento se dê, é necessario, indispensavel, que contracções poderosas e frequentes existam; e estas poderosas e frequentes sómente apparecem durante o trabalho, e não durante a gestação.

A' deducção tirada é essencialmente pratica, por sabermos que em uma mulher gravida, ha uma região fetal, constituida por um tumor arredondado e resistente, que se introduz na escavação e a enche; é a apresentação do vertice.

Quando o vertice está encravado, o tumor cephalico é sempre mais accessivel, mais saliente de um lado que do outro; d'este modo, emquanto os dêdos de uma das mãos podem descer mais ou menos na escavação, os dêdos da outra são separados, em um ponto vizinho do esteito superior. Esta porção da esphera cephalica mais saliente, mais accessivel, mais elevada, é constituida pela região frontal.

Na *apresentação do vertice*, o tumor cephalico é mais accessivel á direita: posição esquerda; o tumor cephalico mais accessivel á esquerda: posição direita.

A extremidade inferior do ovoide fetal sendo reconhecida, nos será preciso procurar a extremidade superior.

Encontraremos quasi sempre esta ultima no fundo do utero, quer directamente sobre a linha media, quer inclinada á direita ou á esquerda. Explorando esta extremidade, experimentaremos a sensação que fornece

um corpo volumoso, irregular, e de uma consistencia menor que a fornecida pela cabeça, e, acompanhado de pequenas partes.

Ora estas pequenas partes são, por assim dizer, reunidas á grossa extremidade (os membros pelvianos são dobrados); ora si os encontramos mais ou menos afastados; algumas vezes nos não succederá, quando o dorso estiver inteiramente para deante, em relação com a parede abdominal.

Depois de termos explorado a extremidade superior do ovoide fetal constituida pela nadega completa ou incompleta, devemos para estabelecer o diagnostico da variedade da posição, ou da posição ede sua variedade, si os caracteres que nos têm dado a fronte e o occiput não forem mui claramente percebidos, para que fizessem com que procurassemos a situação e a direcção do dorso.

Para isso conhecemos, deprimindo a parede abdominal, de qualquer lado em que encontremos o plano resistente, continuo, que una o polo fetal superior ao polo fetal inferior.

Esta pesquisa, devemos fazer com o auxilio de pressões doces, praticadas sobretudo, com as polpas dos dêdos.

A sensação por nós recebida, não será sempre a mesma; muitas vezes é o dorso do féto applicado exactamente contra a parede uterina, e esta contra a parede abdominal; n'este caso o plano resistente nos parece superficial.

Outras vezes existe entre o dorso e a parede uterina uma certa quantidade de liquido amniotico; porque os dêdos são forçados a deslocar o liquido interposto.

Ha momento tambem, em que não sentimos o dorso

em virtude da presença da placenta; esta ultima, algumas vezes se acha interposta entre elle e a parede uterina.

Qualquer que seja a posição do dorso, quer esteja para adeante ou para atrás, podemos circumscrevel-o; mas sendo um dos seus planos lateraes por nós percebido.

Quando encontramos o dorso, ou o plano lateral de um lado, nos é necessario deprimir da mesma maneira a parede abdominal do lado opposto, afim de fazermos um termo de comparação e apreciar a differença de sensação, fornecida pela resistencia do plano fetal ou pela renitencia do liquido amniotico.

E' nos indispensavel praticarmos esta pequena manobra, afim de certificarmos si não ha varios productos de concepção ou neoplasmas, e em particular os myomas.

A escavação estando incompletamente cheia.—A sensação experimentada é differente d'aquella que obtemos, quando a cabeça estivér encravada.

A area do estreito superior é incompletamente obliterada; a regularidade e a dureza não são percebidas: isso deve immediatamente chamar a attenção.

Com effeito, não encontramos a região que se introduz na escavação, mais accessivel de um lado que do outro.

Seja como fôr, não podemos affirmar qual é apresentação. Entretanto, quando a mão encontra no fundo do utero o pólo fetal superior situado ás vezes á direita, ás vezes sobre a linha media, ou á esquerda; e então, procurando o dorso, encontraremos o sulco caracteristico, que permittirá, affirmar o diagnostico de apresentação da nadega.

A escavação estando vazia.—N'este caso acharemos a extremidade inferior do ovoide fetal, quer acima da area do estreito superior, quer em uma das fossas iliacas.

Diz Pinard que em milhares de mulheres por elle examinadas, seis vezes somente as duas extremidades do féto correspondiam aos flancos maternos; em muitas outras, elle encontrou a escavação vazia, o polo fétal inferior ás vezes directamente acima da area do estreito superior, outras em uma das fossas iliacas.

Entretanto podemos de um modo geral, têr quasi certeza de encontrar uma extremidade volumosa em relação com a grande bacia.

A outra extremidade é muito facil de encontrarmos, porque, quando uma das fossas iliacas fôr occupada por uma das extremidades do féto, a outra estará sempre no flanco do lado opposto.

As duas extremidades encontradas nos convém saber si a cabeça está para cima ou para baixo; este diagnostico differencial não nos apresenta difficuldade.

Não só porque cada extremidade tem seus caracteres proprios, mas tambem signaes chamados pathognomonicos,que servirão para tirar quaesquer duvidas, que por acaso surjam.

Estes signaes são: o baloiço que obtemos quando imprimimos á parede abdominal em relação com a extremidade cephalica, com uma impulsão, uma depressão um pouco brusca, e a sensação do sulco do pescoço. Sentimos então esta parte fétal se deslocar melhor da parede abdominal, que a extremidade pelvica.

Esta mobilidade particular da cabeça provém da sua forma espheroidal, que não a faz tocar á parede

uterina senão por um só de seus pontos, ou ainda pela maneira de si articular com o tronco.

A disposição toda especial da articulação da cabeça com a columna vertebral, faz com que possamos imprimir na extremidade cephalica movimentos, e que estes, não se estendam ao tronco, emquanto que deprimimos a parede abdominal ao nivel da extremidade pelvica, esta ultima não pode se deslocar, sem que arraste comsigo o tronco; finalmente, as differentes partes que constituem a nadega estão em relação com a parede uterina por largas superficies.

A sensação do sulco tem mais valor ainda que o baloiço, porque este ultimo, em alguns casos, pode sêr fornecido pela nadega.

O diagnostico differencial do logar occupado pela cabeça ou pela nadega, deante dos caracteres apresentados, se torna em summa muito facil. A pesquisa do dorso nos permittirá fazer o diagnostico da posição e da variedade.

*
* *

Sensações fornecidas pela palpação abdominal na apreciação do vertice, suas posições e variedades.— *A*—Posição esquerda, variedade: occipito-iliaca esquerda anterior. As mãos encontram a escavação cheia pela esphera cephalica, mas á direita da bacia, para atrás, os dêdos não podem descer tão profundamente como á esquerda.

Para bem sentirmos a differença da altura que fica entre o occiput e a fronte, nos será necessario dirigir a mão que explora á direita e um pouco para atrás, para a symphyse sacro-iliaca (os diametros antero-

posteriores da cabeça fetal delineando o diametro obliquo esquerdo da bacia).

A extremidade pelvica occupa o fundo do utero, mas, encontramos muitas vezes á direita.

Em algumas primiparas encontramos sobre a linha media.

O plano resistente, o dorso, está situado á esquerda e para adeante, emquanto que á direita só encontramos a fluctuação do liquido amniotico e das pequenas partes. Entretanto podemos encontrar estas ultimas tanto para cima como para baixo, porque ha um momento em que sentimos os membros superiores tão facilmente, como os membros inferiores.

Isto é muito commum nas mulheres que têm tido diversos filhos, e por consequencia têm uma certa lassidão da parede abdominal, si bem que, a cabeça tenha penetrado na escavação, o tronco soffre uma semi-accommodação, isto é, o dorso corta a parede abdominal em diagonal, a nadega repoisando ao nivel da fossa iliaca esquerda. Uma linha recta, tirada do flanco direito para a fossa iliaca esquerda, representaria muito bem a direcção do plano resistente.

B — Occipito-iliaca direita posterior. — As mãos encontram a escavação cheia pela esphera cephalica, mas os dedos não podem penetrar tão profundamente á esquerda como á direita.

Os dedos são separados, á esquerda e para deante, ao nivel da eminencia ileo-pectinea. Si bem que nas variedades posteriores, a differença de nivel entre a fronte e o occiput esteja ainda bem accusada, mas, sobretudo, facilmente percebida, porque a fronte encontrando, por assim dizer, com as mãos, emquanto, o occiput se dissimula para trás e para direita. A na-

dega está no fundo do utero, ás vezes á esquerda, algumas vezes na linha media.

Não nos será raro encontrar, mesmo a termo, nas variedades posteriores, a nadega nos dando a sensação de baloiço, e isso sem que a quantidade de liquido amniotico seja consideravel. (Entretanto é muito susceptivel de erro).

Muitas vezes á esquerda, so encontramos a fluctuação do liquido amniotico e as pequenas partes muito mais facilmente accessiveis que nas variedades anteriores.

C — Occipito-iliaca direita anterior. — A escavação está cheia pela esphera cephalica, mas as nossas mãos penetram mais profundamente á direita que á esquerda. O plano resistente occupa todo o lado direito da parede abdominal.

O lado esquerdo do féto está em relação com a linha branca.

A superficie continua é muito mais consideravel que na variedade posterior. Podemos, por assim dizer, levando uma das mãos ao nivel da linha media e a outra para atrás e para direita, circumscrevermos o dorso.

No lado esquerdo, encontramos somente a renitencia amniotica e as pequenas partes. (Esta attitude do féto é excepcional durante a gravidez).

D — Occipito-iliaca esquerda posterior. — A escavação está cheia pela esphera cephalica, mas as mãos penetram mais profundamente á esquerda que á direita. Os dedos são separados para a direita e para adeante, ao nivel da eminencia ileo-pectinea. A nadega está no fundo do utero e ás vezes á direita, e podemos, como nas occipito-iliacas direitas posteriores, dar a sensa-

ção de baloiço. O plano resistente estreito, está á esquerda, mas nos offerece menos superficie, que nas variedades anteriores.

Apenas podemos explorar o plano lateral esquerdo do féto e não o seu dorso. No lado direito encontramos a renitencia amniotica e as pequenas partes mui facilmente accessiveis.

E — Occipito-iliaca transversa. — As occipito-iliacas transversas, observamos em todas as mulheres, nas quaes, a cabeça esteja ao nivel do estreito superior e não estando ainda encravada.

Neste caso, encontramos a cabeça movel acima da escavação, e sempre, apezar da pouca flexão, a fronte for mais elevada, mais accessivel de um lado que do outro.

Admittindo que esta caracteristica escapa, a pesquisa do plano resistente nos mostrará de que lado está o dorso.

Durante a gravidez não encontramos a variedade transversa, estando a cabeça encravada, a não ser n'estas categorias de mulheres: *a*—n'aquellas que offerecem uma obliquidade anterior do utero muito pronunciada; *b*—n'aquellas em que a bacia, viciada pelo rachitismo, torna-se estreita de deante para atrás.

Nas primeiras a cabeça encravada na escavação é difficil de encontrarmos, si senão tomarmos certas precaúções, que consistem no levantamento, o endireitamento da parede abdominal, durante a pesquisa dos pontos de reparo. O bordo superior do canal pelviano, sendo encontrado, percebemos mui facilmente o tumôr cephalico mais accessivel de um lado que do outro. Mas si dirigirmos as mãos para o fundo do utero, re-

lativamente para baixo, não encontramos as extremidades.

A nadega se acha ao nivel ou acima de uma das fossas ilicas, sempre do lado em que a esphera cephalica é mais accessivel. Alguns parteiros consideravam que os pés si achavam na vizinhaça da fronte. O plano resistente não olha nem para adeante nem para atrás, está collocado transversalmente. O tronco do féto, curvado sobre si mesmo, representa um arco de circulo.

A renitencia do liquido amniotico encontramos acima ou abaixo d'este plano resistente. Si não conhecessemos esta accommodação particular do tronco do féto, nos seria extremamente difficil orientarmos, e por isso mesmo difficil de fazermos o diagnostico.

Com effeito, encontramos uma superficie resistente tanto á direita como á esquerda; a renitencia do liquido amniotico é percebida por nós facilmente, não só acima como abaixo; a indecisão é tão grande que pode dár logar a um erro de diagnostico.

Procurando qual é attitude do féto n'estes casos, iremos perfeitamente ao fim.

Nas mulheres de bacia viciada pelo rachitismo, quando a cabeça estiver para baixo, encontraremos ao nivel da area do estreito superior, quer um pouco encravada, geralmente pouco flexionada; entretanto, nos é possivel algumas vezes reconhecer de que lado encontramos a fronte, por causa de sua maior elevação, mas, sobretudo, pela sua maior dureza.

Si o utero não estivesse em anteversão, a nadega occuparia o fundo da cavidade uterina.

O plano resistente não olha nem para adeante nem

para atrás, mas directamente para direita ou para esquerda.

Não é a forma da cavidade abdominal ou uterina qne determina a situação do dorso, mas a cabeça, que é solicitada a accommodar seus grandes diametros (antero-posteriores) com os grandes diametros ou diametros transversos da bacia.

SENSAÇÕES FORNECIDAS PELA PALPAÇÃO ABDOMINAL NA APRESENTAÇÃO DA FACE, SUAS POSIÇÕES E VARIEDADES.— Diz Pinard que durante a gravidez não encontramos a apresentação da face. Elle examinou cinco vezes, mulheres gravidas, cujos fétos se apresentavam pela face no momento do parto.

Na primeira vez examinando uma multipara, antes do começo do trabalho, elle encontrou a cabeça desencravada, mas proeminente acima da area do estreito superior, e se apresentando em uma situação intermediaria á flexão e á extensão.

O féto, ainda que volumoso, estava muito movel. Qual foi a causa da deflexão no momento do trabalho? Não sabemos, mas o que podemos affirmar, é que no momentodo exame, feito algumas horas antes do parto, a extremidade cephalica não estava desviada.

Na segunda vez elle assistiu á producção da apresentação em uma mulher rachitica cuja bacia não tinha senão oito centimetros ao nivel do diametro promonto-pubiano-minimo. Provocou o parto no oitavo mez com o auxilio do excitadòr de Tarnier. A cabeça estava baixa, mas muito movel acima do estreito superior.

Quando a dilatação do orificio era poderosa, a cabeça não se encravando, uma applicação de forceps

foi feita não estando a cabeça flexionada, é verdade, mas não deflexionada.

Depois das tracções inuteis, o instrumento sendo retirado, verificou uma apresentação da face não só pela palpação abdominal como ainda pelo toque. Deante d'estes factos, reconhecemos a possibilidade da apresentação por causa da elevação e da mobilidade da cabeça. Quanto á causa occasional, não podemos saber d'onde proveio, salvo sob a influencia das contracções do utero durante o trabalho, no primeiro caso, da tracção talvez mal dirigida, exercida pelo segundo, com o auxilio do forceps.

Na terceira offereceu um exemplo notavel de uma apresentação da face, substituindo uma apresentação do vertice na escavação.

Examinando esta mulher gravida pela quarta vez, á tarde que precedeu seu parto: a palpação fez reconhecer uma apresentação da extremidade cephalica; o toque confirmou este diagnostico, porque o collo estando largamente dilatado, elle poude chegar mui facilmente sobre a sutura sagittal e as duas fontanelas. O trabalho se declarou durante á noite, e o fèto nasceu normalmente, apresentando-se pela face: elle pesava 3,000 grs. A explicação d'este facto anormal foi dada pela mensuração dos diametros da cabeça. Com effeito, elle encontrou:

Diametro—Occipito-frontal, 11 c.m. 5
» —Occipito-mentoniano, 12 c.
» —bi-parietal, 10.
» —Sub-occipito-bregmaticc, 10.

A cabeça apresentava em sua reunião a conformação de uma esphera; e mais o comprimento do diametro occipito-mentoniano não excedia de 12 cen-

timetros; isto é, a extenção dos diametros da escavação possibilitava o baloiço d'esta parte, no canal pelvico.

Finalmente na quinta apresentava um estreitamento da bacia, uma applicação de forceps transformou a apresentação do vertice em apresentação da face. Nos outros casos em que praticou a palpação, nas apresentações da face, as mulheres já estavam em um periodo mais ou menos proximo do trabalho; entretanto elle a fez facilmente.

Na apresentação da face a exploração da escavação nos permitte reconhecer a presença de um tumôr volumoso, acima, ao nivel ou abaixo do estreito superior, acompanhando o periodo do trabalho correspondente ao exame. Este tumôr nos parece só occupar um lado da bacia ou por outra a metade da bacia; muito arredondado, volumoso, accessivel de um lado nos parece faltar do outro.

Entretanto collocando a mão no fundo do utero, encontraremos este nivel, mas geralmente do lado em que o tumôr pelvico é mais saliente, a nadega conhecemos por seus caracteres; a pesquisa do dorso é muitas vezes difficil.

Para acompanharmos o plano resistente, apreciando-o, é indispensavel de deprimirmos lenta e profundamente a parede abdominal, porque esta superficie resistente e continua como que se introduz na cavidade abdominal, emquanto as pequenas partes superficiaes nos offerecem ás mãos; isso resulta da incurvação do féto sobre o plano dorsal.

Manejando convenientemente, exploramos muito bem um dos planos lateraes, e não demoramos em reconhecer que a porção da esphera cephelica mais

accessivel está em relação com o dorso; mais ainda que entre este ultimo e a cabeça, sobretudo quando o trabalho ainda não está adiantado, existe um sulco bastante profundo no qual os dedos facilmente penetram. Assim sendo, a presença da extremidade cephalica ao nivel de pequena bacia, a saliencia desta extremidade ao nivel de uma das partes da bacia, o dorso difficilmente encontrado, mas do mesmo lado que esta saliencia: taes são as sensações percebidas e que nos permittem fazer o diagnostico.

O illustre professor Boudin apresenta duas circumstancias, que podemos, em certos casos, sentir do lado opposto o tumor accessivel, uma saliencia em forma de ferradura claramente caracterisada e constituida pelo maxillar inferior e o mento. O signal pathognomonico d'esta apresentação obtido pela palpação, é constituido pela presença do mesmo lado da porção accessivel da extremidade cephalica e do dorso.

* * *

Sensações fornecidas pela palpação abdominal na apresentação da nadega, suas posições e variedades. — Durante a gravidez, quando a apresentação é da extremidade pelvica, as mãos, explorando a escavação, encontrarão muitas vezes a escavação vazia. Por excepção a nadega pode se introduzir mais ou menos na escavação, enchendo-a completamente.

Quando a nadega não estiver encravada, consideramos acima a existencia de uma extremidade volumosa em relação com a grande bacia.

Convém notar que, a nadega mui raramente, pode se collocar directamente acima da abertura do estreito

superior; em geral encontramos, parte em relação com uma das fossas iliacas, parte acima da escavação. Entretanto é necessario dizer que ella apparece sempre volumosa, e que ora as pequenas partes são muito accessiveis, ora ellas desapparecem á exploração, ora finalmente não as encontramos senão muito mais para cima, no utero; ás vezes até no polo fétal superior, como si isso désse logar nas variedades da nadega primitivamente incompletas.

A extremidade cephalica encontramos no fundo do utero, ás vezes inclinada para o lado opposto á fossa iliaca occupada pela extremidade pelvica.

Quando a cabeça estiver situada sobre a linha media, limitamol-a facilmente, e seus caracteres apparecem com a maior clareza; é ainda mais facil, quando imprimimos uma depressão brusca á parede abdominal em relação com esta parte fetal, de maneira que produza o baloiço perceptivel. Mas nem sempre acontece assim; ás vezes a cabeça está profundamente situada; outras vezes se occulta completamente sob as falsas costellas, sobretudo á direita. Isso observamos perfeitamente nas primiparas, nas apresentações da nadega que são denominadas francas, quando o utero, comprimido lateralmente, se desenvolve á custa de seus diametros longitudinaes. N'estes casos, será conveniente mobilizar o féto, para fazermos a evolução comprimindo os dous polos em sentido inverso, ou agindo sobre o polo inferior si o polo superior estiver inaccessivel, de maneira que faça voltar a cabeça sobre a linha media, ou, pelo contrario, faça descer um pouco mais para um dos lados. Tudo isto, com o fim de tornar mais superficial, e por isso mesmo mais palpavel. O signal caracteristico, pathognomonico da presença da

cabeça no fundo do utero, é a verificação do sulco do pescoço; o baloiço pode sêr obtido, quando a nadega estiver para cima e que tivermos que vêr uma occipito-posterior, emquanto que a percepção do sulco do pescoço nos indicará claramente onde se acha a cabeça. Eis como deveremos proceder para obter esta sensação: os dous polos sendo encontrados, será preciso procurar em que parte se acha o plano resistente; depois deprimiremos com a polpa dos nossos dedos a parede abdominal em relação com o tronco do féto, fazendo passar mui lentamente os dedos.

Ora, emquanto percebemos um plano continuo, uma superficie unida entre a nadega e o tronco, sentimos uma depressão, um vacuo bastante notado entre o tronco e a cabeça, os dedos internando-se ao nivel da região cervical. Na maioria dos casos a palpação abdominal nos permitte reconhecer si a nadega é completa ou incompleta. Ora encontramos os membros pelvianos voltados para baixo mais ou menos curvados, ora encontraremol-os desviados, levantados directamente sobre o tronco e formando uma especie de tala, como disse muito bem o professôr Tarnier. Esta verificação tem grande importancia, porque ella pode indicar, no momento do trabalho, que intervensão devemos empregar.

A posição-sacro-iliaca esquerda anterior.

A fossa iliaca esquerda é occupada por uma extremidade volumosa, irregular, acompanhada ou não de pequenas partes: é a nadega. A cabeça está situada no fundo do utero, mas algumas vezes no flanco direito, ás vezes superficialmente, ou occulta sob o figado. O plano resistente está para adeante e dirigido de debaixo para acima e da esquerda para direita.

Partindo da fossa iliaca esquerda, ora se elevando

directamente para esquerda para não si incurvar para direita até acima do umbigo, ora se dirigindo imediatamente para o flanco direito, cortando a parede abdominal em diagonal, desapparece, torna-se inaccessivel em alguns centimetros acima do umbigo; mas até este nivel, é muito facil de circumscrevel-o.

*
* *

A POSISÃO SACRO-ILIACA DIREITA POSTERIOR. — A fossa iliaca direita é occupada por uma extremidade volumosa, irregular e quasi sempre acompanhada de pequenas partes que encontramos á esquerda e para diante.

A cabeça occupa o fundo do utero, ás vezes inclinada para esquerda.

Será muito mais facil circumscrevel-a, quando ella estiver situada á direita. O plano resistente encontramos para direita e olhando para atrás; parece bastante estreito, porque só podemos explorar o plano lateral direito e não o dorso do feto.

Podemos encontrar facilmente as pequenas partes para diante e para esquerda, assim como a resistencia do liquido amniotico; esta renitencia percebemos somente no fundo do utero e á direita.

*
* *

A POSIÇÃO SACRO-ILIACA DIREITA ANTERIOR. — A fossa iliaca direita é occupada por uma extremidade volumosa, irregular e raramente acompanhada de pequenas partes.

A cabeça occupa o fundo do utero, ás vezes incli-

nada para a esquerda. O plano resistente encontramos á direita e olhando para diante. Partindo da iliaca direita, ora se eleva directamente para direita para não se incurvar para esquerda até acima do umbigo, ora se dirige acompanhando o flanco esquerdo, para cortar a parede abdominal em diagonal. Seja qual fôr o caso, será sempre facil de circumscrevel-o, de tomal-o, por assim dizer, entre as nossas mãos.

A renitencia do liquido amniotico é percebida em baixo e á esquerda, em cima e á direita. As pequenas partes encontrarmos á esquerda e para atrás.

*
* *

A posição sacro-iliaca esquerdo posterior. — A fossa iliaca esquerda é occupada por uma extremimade volumosa, irregular, quasi sempre acompanhada de pequenas partes que encontramos para direita e para diante. A cabeça occupa o fundo do utero, ás vezes inclinada para direita bastante difficil de circumscrevel-a. O plano resistente encontramos á esquerda, olhando para trás; parece-nos bastante estreito, e só podemos explorar o plano lateral esquerdo e não o dorso do feto.

E' muito facil de se encontrarem as pequenas partes para diante e para direita, assim como a renitencia do liquido amniotico. Esta renitencia podemos perceber igualmente no fundo do utero e á esquerda.

*
* *

Sensações fornecidas pela palpação abdominal na apresentação do tronco. — As apresentações da espadua quasi sempre são em dorso-anteriores.

Baseando-nos sobre este facto, e mais ainda sobre as relações anatomicas das partes maternas e fefaes, pensamos que si as apresentações do tronco em dorso-posteriores existissem durante a gravidez, so deveriamos observal-as mui excepcionalmente.

*
* *

APRESENTAÇÃO DO PLANO LATERAL DIREITO EM CEPHALO-ILIACA ESQUERDA OU ACROMIO-ILIACA ESQUERDA.—A escavação está vazia.

As mãos encontram a extremidade inferior do ovoide fetal (sob a forma de um tumôr redondo, regular e duro, occupando a fossa iliaca esquerda, muitas vezes baloiçando, nas multiparas). No flanco direito, mais ou menos para cima, conforme o desenvolvimento da cavidade abdominal e do feto, ás vezes occulto sob as falsas costellas, em relação com a face inferior do figado, encontramos a nadega com seus caracteres. O plano resistente se estende desde a fossa iliaca esquerda até ao flanco direito, segundo uma linha curva que passe na região da grande bacia, depois se dirige para cima da crista iliaca. Ora este plano resistente olha directamente para diante, e então não será raro encontrar, explorando a escavação, uma diminuta saliencia constituida pela espadua direita, que encontramos immediatamente acima da area do estreito superior e que nos parece se introduzir para atras dos ramos horizontaes do pubis. Ora este plano resistente está dirigido quasi directamente para baixo, e então será menos estendido; só podemos explorar o plano lateral esquerdo. Qualquer que seja destas duas variedades, ou antes destas duas transições, acima deste plano

resistente, e para dentro da extremidade superior do ovoide fetal, só percebemos a retinencia do liquido amniotico e a sensação de multiplas partes pequenas. Durante o trabalho, desde que as membranas estejam despedaçadas, assim como fez notar perfeitamente o professor Herrgott, o feto comprimido de todas as partes, mas sobre tudo ao nivel de suas duas extremidades, se accommoda. As duas extremidades da haste fetal se aproximam da linha media, e a palpação dá as sensações seguintes: a fossa iliaca è occupada por um tumor volumoso e espherico, emquanto que a extremidade, occupando o fundo do utero, está aproximado da linha media, e o plano resistente está dirigido quasi verticalmente, ainda que sempre situado mais á direita que á esquerda.

Apresentação do plano lateral esquerdo em posição cephalo-iliaca direita ou acromio-iliaca direita.

*
* *

Durante a gravidez.—A escavação está vazia. As mãos encontram a extremidade do ovoide fetal (a cabeça), sob a forma de um tumôr redondo, regular e duro, occupando a fossa iliaca direita e baloiçando principalmente nas multiparas.

No flanco esquerdo, mais ou menos para cima, conforme o desenvolvimeuto da cavidade abdominal, ás vezes em relação com as falsas costellas, encontramos a nadega. O plano resistente se estende desde a fossa iliaca direita até ao flanco esquerdo, segundo uma linha curva que vai da grande bacia, até a crista iliaca. O plano resistente está dirigido directamente para adiante ou para abaixo.

Toda a região abdominal, se estendendo para cima e para d'entro do plano resistente, somente percebemos a existencia do liquido amniotico e a sensação das partes multiplas.

Durante o trabalho.—Emquanto as membranas se rompem, as modificações na direcção do tronco se produzem. O plano resistente, dirigido verticalmente, ainda que aproximado da linha media, occupa o lado esquerdo da região abdominal.

*
* *

Apresentação do plano lateral direito em posição cephalo-iliaca direita, ou acromio-iliaca direita, e do plano lateral esquerdo em posição cephalo-iliaca esquerda ou acromio-iliaca esquerda—A exploração abdominal feita pela palpação n'estas posições, torna-se difficil, ás vezes até mesmo impossivel, porque não produz senão durante o trabalho, e o utero se contrahindo a cada instante nos impossibilita o exame. Quando a palpação é praticada no intervallo das contracções, só encontramos duas causas importantes: a extremidade inferior do ovoide fetal sob a forma de tumôr espherico em uma das fossas iliacas, a extremidade superior, sob a forma de um tumôr irregular e volumoso occupando o fundo do utero. O plano resistente é difficilmente accessivel, emquanto que as partes são superficiaes encontramos com facilidade.

Tratando-se da accommadação, podemos concluir que o feto durante a prenhez, curvado em arco de circulo, esteja deitado na grande bacia, a cabeça e a nadega se encontranpo de cada lado, immediatamente

acima das fossas illiacas. N'estes casos, a palpação faz reconhecer a vacuidade da escavação. O plano resistente se estende ao nivel e acima das duas fossas iliacas; emquanto as duas extremidades do feto se acham, uma no flanco direito, a outra no flanco esquerdo. O diagnostico differencial de cada extremidade é facil de se fazer.

Nos basta procurar os caracteres proprios da cabeça e da nadega, e sobretudo determinar qual a extremidade que nos dá o baloiço. A nossa intervenção è necessaria, porque, estas apresentações se transformam no momento do trabalho, quer em apresentação da espadua, quer em apresentação da nadega; e até mesmo, ás vezes, em apresentação do vertice. Fica pois, por nós demonstrado, o grande valor da palpação abdominal.

La nature ne se contredit pas, c'est l'observateur qui se trompe.—Cl. Bernard.

CAPITULO IV

Observações colhidas no Hospital de Santa Izabel

(Sala do Dr. Climerio.)

1.ª Observação. — Indicações: Nome, R. B. C; Idade, 25 annos; Côr, parda; Profissão, serviço domestico; Constituição, forte; Nacionalidade, brasileira, (Sergipe); Estado, solteira; Gestações, uma; Catamenios, regulares; Abortos, nenhum; Partos, um.

Applicamos o nosso methodo de pesquisa e chegamos ao diagnostico seguinte:

Apresentação.—Vertice, Posição, O. I. D. P., Epoca da gravidez, nono mez, Estado do feto, vivo.

Nota—Houve intervenção de forceps,

O feto nasceu em estado de morte apparente.

2.ª Observação,—Nome, H. T.; Côr, preta; Idade, 19 annos; Profissão, operaria; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); Estado, solteira; Gestações, duas; Catamenios, regulares; Abortos, nenhum; Partos, dous.

Com o mesmo processo, chegamos ao diagnostico seguinte:

Apresentação.—Vertice, Posição, O. I. E. A., gravidez, simples e topica, Epoca, nono mez, Estado do feto, vivo.

Nota—Parto natural.

3.ª Observação.—Nome, L. M. J.; Idade, 19 annos; Côr, preta; Constituição, forte; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); Estado, solteira; Gestações, uma; Abortos, nenhum; Partos, um.

Com o mesmo processo diagnosticamos:

Apresentação.— Vertice, Posição. O. I. E. A., gravidez, simples e topica, Epoca da gravidez, nono mez, Estado do feto, vivo.

Nota—Parto nutural.

4.ª Observação.—Nome, M. M. P.; Idade, 22 annos; Côr, preta; Profissão, engommadeira; Nacionalidade, brasileira; (Bahia) estado, solteira; gestações, duas; partos, dous.

Com o mesmo processo chegamos a este diagnostico:

Apresentação.—Vertice, Posição, O. I. E. A., gravidez, simples; Epoca da gravidez, nono mez, Estado do feto, morto.

Nota—Parto artificial (app. de forceps). Morreu em consequencia de queimaduras do 1.° 2.° 3.° que a trouxeram ao hospital.

5.ª Observação.—Nome, M. S.; idade, 40 annos; côr, preta; profiissão, serviço domestico; constituição, fraca; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); estado, solteira; Gestações, dez; Catamenios, regulares; Abortos, um; Partos, nove.

Com o mesmo processo chegamos ao diagnostico seguinte:

Apresentação.—Face, Posição, mento-pubiana, Gravidez, simples e topica, Epoca da gravidez, nono mez, Estado do feto, vivo.

Nota—parto natural.

6.ª Observação.—Nome, J. M. M.; Idade, 39

annos; côr, parda; Profissão, serviço domestico; Constituição, forte; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); estado, solteira; Gestações, cinco; Catamenios, regulares; Abortos, nenhum; Partos, cinco.

Com o mesmo processo chegamos ao diagnostico seguinte:

Apresentação.—Vertice, posição, O. I. E. A.; gravidez. simples e topica, Epoca da gravidez, nono mez, estado do feto, vivo.

Nota—Parto natural.

7.ª Observação.—Nome, M. F Jesus; Idade, 18 annos; Côr, preta; Profissão, serviço domestico; Contituição, forte; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); estado, solteira; Gestações, uma; Catamenios, regulares; Abortos, nenhum; Partos, um.

Diagnosticamos pelo processo supra em:

Apresentação.—Vertice; Posição, O. I. E. A.; Gravidez, nono mez; Estado do feto, vivo.

Nota—Parto artificial (app. forceps).

8.ª Observação.—Nome, I. M. S'; Idade, 20 annos, Côr, branca; Profissão, serviço domestico; Constituição, forte; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); Estado, solteira; Gestações, duas; Catamenios, regulares; Abortos, nenhum; Partos, dous.

Com o mesmo processo diagnostimos em:

Apresentação.—Vertice, Posição, O. I. E. A.; Gravidez, simples e topica; Epoca da gravidez, nono mez; Estado do feto, morto.

Nota—Parto natural.

9.ª Observação.—Nome, L. L. S.; Idade, 27 annos; Côr, parda; Profissão, serviço domestico; Constituição, fraca; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); Gestações, dez; Catamenios, regulares; Abortos, um; Partos, nove.

Chegamos com o mesmo processo a diagnosticar:

Apresentação. — Posição, O. I. D. P.; Gravidez, simples, e topica; Epoca da gravidez, nono mez; Estado do feto, vivo.

10. Observação.—Nome, F. M. S.; Idade, 23 annos; Côr, preta; Profissão, cosinheira; Constituição, forte; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); Estado, solteira; Gestações regulares; Abortos, nenhum; Partos, dous.

Diagnostico:

Apresentação—Vertice, Posição, O. I. E. A.; Gravidez, nono mez, Estado do feto, vivo.

11. Obervação.—Nome, A. P. C.; Idade, 30 annos; Côr, branca; Estado, casada; Nacionalidade, brasileira, (Bahia); Profissão, costureira; Gestações, duas; Catamenios, regulares; Abortos, um.

Esta mulher apresentou-se ao hospital de Santa Izabel no dia 16 de Setembro, ás 8 horas pouco mais ou menos da manhã.

Segundo a informação por nós colhida, já o trabalho do parto havia manifestado tres dias antes.

Antes de recolher-se ao hospital, ja havia submettido á exame por diversos medicos, alguns até tentaram extrahir a criança a forceps, não conseguiram devido ao grande estreitamento do orificio uterino.

Chegando ao hospital foi submettida á exame pelo mestre Dr. Climerio de Oliveira, o qual diagnosticou a apresentação do feto, vindo elle proprio a intervir, para extrahir a criança, em vista de ser absolutamente impossivel a expulsão, sem intervenção.

Antes da intervenção foi necessario ligeira chloroformisação, em vista da paciente não poder resistir as dores que eram muito atrozes.

Diagnostico por meio da palpação.

Apresentação. — Vertice, posição, occipito-sacra, a qual foi verificada no momento da extracção do feto.

Nota—Parto artificial a termo, applicação do cranioclasto de Braun, e extracção feita pelo gancho de Claun.

Delivramento artificial por meio da intervenção manual.

O parto demorou cerca de 3 horas. A extracção da placenta foi feita 6 horas depois do parto.

TEMPERATURA E PULSO DEPOIS DA EXTRACÇÃO DA PLACENTA

Dia 15—(ás 6 e 20 da tarde) temp. 37°, 3 com 120 pulsações; (ás 8 horas da noite) temp. 36 com 122 pulsações; (ás 10 1/2 da noite) temp. 36, 6 com 116 pulsações.

Dia 16—(ás 7 horas da manhã) temp. 37, 3 com 112 pulsações; (ás 8 horas da manhã) temp. 38, 1 com 117 pulsações; (ás 9 1/4 da manhã) temp. 36, 7 com 110 pulsações; (ás 4 horas da tarde) temp. 37, 5 com 105 pulsações; (ás 5 e 40 da tarde) temp. 37, 7 com 107 pulsações.

Dia 17—(ás 12 e 15 da noite) temp. 37, 9 com 96 pulsações; (ás 7 horas da manhã) temp. 38 com 104 pulsações; (ás 8 horas da manhã) temp. 37, 3 com 109 pulsações; (ás 9 horas da manhã) temp. 37, 5 com 101 pulsações; (ás 5 horas da tarde) temp. 39, 1 com 110 pulsações; (ás 8 1/2 da noite) temp. 37, 5 com 103 pulsações.

Dia 18—(ás 4 1/2 da manhã) temp. 40, 3 com 123 pulsações; (ás 6 e 45 da manhã) temp. 38, 3 com 112 pulsações; (ás 9 e 15 da manhã) temp. 37, 6 com 104

pulsações; (ás 11 e 20 da manhã) temp. 38, 6 com 123 pulsações; (ás 3 horas da tarde) temp. 37, 7 com 111 pulsações; (ás 4 e 50 da tarde) temp. 39, 2 com 130 pulsações; (ás 5 horas da tarde) temp. 37, 6 com 105 pulsações; (ás 5 e 20 da tarde) temp. 39, 3 com 130 pulsações; (ás 8 e 50 da noite) temp. 38, 3 com 102 pulsações; (ás 11 e 45 da noite) temp. 37, 9 com 100 pulsações; (ás 5 e 50 da manhã) temp. 37, 8 com 101 pulsações.

Dia 19—(ás 11 1/2 da manhã) temp. 38, 7 com com 106 pulsações; (ás 2, 55 da tarde) temp. 40, 7 com 132 pulsações; (ás 5 1/2 da tarde) temp. 40, 3 com 127 pulsações; (ás 8 horas da noite) temp. 38, 2 com 112 pulsaçõos; (ás 10 horas da noite) temp. 37 4 com 103 pulsações.

Dia 20—(ás 4 horas da manhã) temp. 39, 9 com 125 pulsações; (ás 5 horas da manhã) temp. 36, 4 com 73 pulsações; (ás 6 1/2 da manhã) temp. 40 com 117 pulsações; (ás 10 1/2 da manhã) temp. 39, 6 com 111 pulsações; (ás 3 e 45 tarde) temp. 39, 8 com 121 pulsações; (ás 6 horas da tarde) temp. 39, 2 com 115 pulsações.

Dia 21—(ás 2 1/4 da manhã) temp. 39, 3 com 108 pulsações; (ás 6 horas manhã) temp. 40, 1 com 130 pulsações; (ás 7 1/2 da manhã) temp. 37, 5 com 112 pulsações; (ás 9 e 20 da manhã) temp. 38, 6 com 110 pulsações; (ás 11 horas da manhã) temp. 37, 5 com 105 pulsações.

Dia 22—(ás 4 1/2 da tarde) temp. 38,2 com 115 pulsações ;(ás 81/2 da noite) temp. 39,2 com 128 pulsações; (ás 9 1/2 da noite) temp. 39,8 com 132 pulsações; (ás 10 1/2da noite) temp. 40 com 123 pulsações; (ás 11 e 40 da noite) temp. 40,9 com 125 pulsações; (ás 2

horas da manhã) temp. 41 não se podendo contar as pulsações.

Dia 23—(1 e 20 da manhã) temp. 40,6 com 130 pulsações; (ás 3 horas da tarde) temp. 39,2 com 139 pulsações; (ás 6 1/2 da manhã) temp. 36,7 com 117 pulsações; (ás 8 1/4 da manhã) temp. 37,3 com 130 pulsações; (ás 11 da manhã) temp. 37,6 com 102 pulsações; (ás 12 da manhã) temp. 37,3 com 108 pulsações; (ás 2 da tarde) temp. 37,2 com 104 pulsações; (ás 3 1/2 da tarde) temp. 37,3 com 112 pulsações; (ás 5 horas da tarde) temp. 37,4 com 118 pulsações.

Dia 24—(ás 6 horas da manhã) temp. 39,7 com 123 pulsações; (ás 8 e 20 da manhã) temp. 38,9 com 115 pulsações.

Até o dia 24 a mulher apresentava melhoras, porem, não ficando fora de perigo.

XI Observação.—Nome, Anastacia Gomes dos Santos; idade, 23 annos; cor, parda; profissão, s. domestico; constituição, fraca; nacionalidade, brasileira, (Bahia); estado, solteira; gestações uma; catamenios, regulares; abortos, nenhum; partos, nenhum.

Diagnostico.—Gravidez, simples e topica; epoca da gravidez, nono mez; estado do feto, morto.

Apresentação do vertice. — Posição, occipito-sacra; sexo, feminino.

Parto artificial no dia 19 do mez de Setembro, ás 9 horas da manhã. Applicação de forceps, e craneotomia. Delivramento artificial. Apresentou-se ao serviço da clinica com oito dias de trabalho.

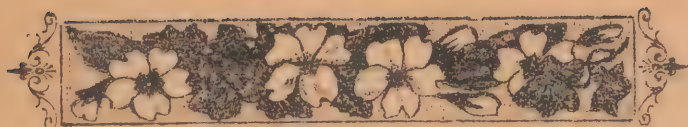
XII Observação.—Nome, Antonia Adriana; 14 annos, preta, s. domestico, forte; Rio de Janeiro; solteira; gestações, uma; catamenios, regulares; abortos, nenhum; partos, nenhum.

Diagnostico.—Gravidez, simples e topica; epoca da gravidez, 8 mezes; estado do feto, vivo.

Apresentação da nadega, modo dos pés, sendo o pé direito.

Parto natural a termo no dia 20 de Setembro de 1909, ás 9 horas da noite. Delivramento normal.

Registamos estas nossas observações, que nada mais são do que testemunhas «do nosso trabalho», para ellas tambem servirem de prova ao grande valor da palpação abdominal no diagnostico das apresentações e posições.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Anatomia Descriptiva (1.ª Secção)

I

O utero acha-se situado na escavação pelviana, entre a bexiga para diante, e o recto para atraz.

II

A direcção do utero considerada em suas relações com a escavação pelviana varia segundo os auctores.

III

Semelhante divergencia até certo ponto explicavel pela extrema mobilidade do orgão da gestão, levou Charpy a dizer que qualquer posição que se dê ao utero n'um arco de 90°, indo da vertical á horizontal, foi observada e considerada como a sua posição normal.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

O canal vagino-peritonial, de importancia consideravel em cirurgia, é seroso e apresenta em seu trajecto uma serie de estreitamentos e dilatações.

II

As dilatações são em numero de quatro: a primeira—conica de base inferior, abrindo-se na cavidade vaginal e tem o nome de porção funiculo-vaginal; a segunda—fusiforme, funicular, ou sub-inguinal; a terceira—é a dilatação intestinal ou trajecto-inguinal, a quarta—é a dilatação pré-peritoneal ou retro-parietal.

III

Os estreitamentos do canal vagino-peritoneal são tambem em numero de quatro: o primeiro—é o estreitamento ou diaphragma pré ou super-testicular; o segundo—é que corresponde ao orificio superficial do canal inguinal; o terceiro—está situado ao nivel do orificio profundo do canal inguinal; o quarto—é o que corresponde á borda livre da dobra peritoneal. (Testut et Jacob).

Histologia

I

O utero, orgão da gestão, é constituido por tres tunicas que são de fóra para dentro: uma sorosa, outra muscular e finalmente a mucosa.

II

Os caracteres histologicos da mucosa uterina variam segundo se estuda durante o periodo menstrual ou fóra d'elle.

III

A tunica media ou tunica muscular é formada por tres camadas distinctas: uma profunda (stratum submucosum), uma media (stratum-vasculosum) e uma externa (stratum sub-serosum).

Bacteriologia

I

Os streptococcus são microorganismos que se encontram associados em cadeias.

II

Elles podem formar cadeias curtas ou longas.

III

São agentes respnsaveis da infecção puerperal.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

As hyperhemias passivas determinam, por compressão, a atrophia das cellulas, principalmente nos parenchymas.

II

Quando ellas persistem por muito tempo produzem a ectasia dos vasos.

III

Ectasia dos vasos esta, que traz como consequencia a necrose dos tecidos.

Physiologia (3.ª Secção)

I

A asphyxia contrahe o corpo e o collo uterino, depois os paralysa.

II

A anemia aguda provoca o relaxamento completo do collo uterino; a transfusão intra-arterial ou intra-venosa de liquido physiologico produz sua contracção.

III

O utero se contrahe sob a influencia de excitações periphericas, de excitações directas de sua musculatura e sob a excitação dos orgãos visinhos (bexiga, intestino).

Therapeutica

I

A ergotina tem a propriedade de excitar a contractilidade das fibras lisas do utero.

II

Esta acção é mais intensa sobre o utero gravido, do que no utero fóra da gravidez.

III

D'ahi se conclue que, quanto mais avançada for a gravidez, tanto mais ella tem acção sobre as fibras lisas do utero.

Medicina legal e Toxicologia (4.ª Secção)

I

A mulher gravida póde commetter um crime sem ser levada pelo instincto criminoso.

II

Dá-se este facto, quando a gravidez determina perturbações psychicas accentuadas, e impulsões irresistiveis

III

Ella é irresponsavel neste caso.

Hygiene

I

A alimentação das mulheres gravidas é em geral, a mesma que antes da gravidez.

II

Jaccoud aconselha a todas ellas, que tomem uma certa quantidade de leite durante todo o tempo da gravidez.

III

Ellas devem evitar o uso das carnes conservadas e alimentos pesados.

Pathologia Cirurgica (5.ª Secção)

I

O beiço de lebre é a divisão permanente dos labios

II

Elle pode ser congenito ou accidental.

III

O aspecto da physionomia, nos portadores d'esta anomalia, é um tanto similhante ao da pessoa que sorri.

Operações e Apparelhos

I

Os processos operatorios no beiço de lebre variam segundo o typo da anomalia.

II

Os recem-nascidos podem sêr operados sem anesthesia.

III

Nas crianças de idade adeantada, deve-se praticar a chloroformisação.

Clinica Cirurgica (1.ª cadeira)

I

O beiço de lebre accidental é produzido ordinariamente em consequencia de traumatismos.

II

Pode tambem resultar de um processo ulcerativo.

III

A condição indispensavel á formação do beiço de lebre é que os labios da ferida cicatrizem isoladamente.

Clinica Cirurgica (2.ª cadeira)

I

A deformação produzida pelo beiço de lebre pode sêr remediada por uma operação.

II

Quanto á época em que deve ser realisada essa operação, divergem as opiniões.

III

Segundo uns deve ser realisada o mais proximo

possivel do nascimento; outros porem adiam-na, attendendo ao grande numero de obitos, no primeiro caso.

Pathologia Medica (6.ª Secção)

I

A lipothymia é um estado pathologico caracterisado pela diminuição brusca e transitoria da força, e da frequencia dos batimentos cardiacos e dos movimentos respiratorios.

II

A syncope distingue-se da lipothymia, pela suspensão das pulsações cardiacas.

III

Tanto na lipothymia, como na syncope observa-se commummente, insufficiencia na distribuição do liquido sanguineo pelos departamentos organicos.

Clinica Propedeutica

I

O exame do sangue é de alta importancia para a semeiologia e diagnostico de muitas molestias.

II

O exame das urinas tambem tem muito grande valôr para os mesmos fins.

III

Até hoje, não tem sido feito estudos importantes da semeiologia da lympha.

Clinica Medica (1.ª cadeira)

I

A polynevrite dos membros inferiores pode sêr observada como symptoma e consequencia da infecção paludica.

II

Nas regiões amazonicas é frequentemente observado o impaludismo com polynevrite.

III

A medicação do quinino auxiliada pela mudança de clima, influe poderosamente no restabelecimento do doente.

Clinica Medica (2.ª cadeira)

I

A febre nos tuberculosos tem uma grande importancia, pois que é o indice de gravidade do prognostico.

II

Traduz-se por uma elevação de temperatura, transpiração abundante e acceleração do pulso, mesmo quando a temperatura fôr baixa.

III

Algumas vezes a temperatura local tomada no fóco tuberculoso é mais élevada do que a temperatura tomada no ponto symetrico do lado são.— PETER

Historia Natural Medica (7.ª Secção)

I

O homen é um animal mammifero e o unico que manifesta seus pensamentos pela palavra.

II

Sua origem primitiva, sua genese, está até o presente obscura.

III

Elle occupa o primeiro logar na escala zoologica.

Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular

I

O espigão de centeio se altera facilmente, e, para mantel-o intacto é preciso guardar em vasos hermeticamente fechados.

II

A sua composição tem dado logar a numerosas analyses.

III

Depois de Kobert, se poude determinar a sua composição em: acido ergotinico, acido esphacelinico, um alcaloide a ergotina.

A ergotina é muito empregada, em injecções, na medicina.

Chimica Medica

I

A ergotina, principio activo do espigão de centeio, tem como formula $C.^{35}\ H.^{40}\ Az.^{4}\ O.^{6}$.

II

E' um alcaloide azotado, cristallisavel, de côr quasi branca, inodor, insoluvel n'agua, soluvel no ether e sobretudo no chloroformio.

III

Pode sér empregada nas hemorrhagias uterinas com efficacia, em fracas doses; o seu abuso traz como consequencia, o ergotinismo.

Obstetricia (8.ª Secçâo)

I

A gravidez normal se conhece por meio de signaes de certeza e de probalidade; signaes estes, fornecidos pelo interrogatorio, a inspecção, a palpação abdominal, a auscultação e o toque vaginal.

II

II

Durante a gravidez, a vulva e a vagina soffrem modificações que se traduzem por uma congestão abundante e pelo augmento de secreção.

III

O apparelho circulatorio soffre durante o periodo da gestação, alem de outras modificações, a hypertrophia do coração localisada no ventriculo esquerdo.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

A ausencia de fluxo menstrual não indica sempre a gravidez.

II

Pode existir gravidez com a presença de fluxo menstrual.

III

O periodo normal da gestação é nove mezes; mas casos há, ainda que raros, em que o parto vem em um tempo mais remoto.

Clinica Pediatrica (9.ª Secção)

I

A erysipela dos recem-nascidos pode se confundir com erythemas infecciosos, o eczema.

II

Quasi sempre a invasão se faz pela ferida umbilical.

III

No recem-nascido, os streptococcus escapam á acção dos phagocytos.

Clinica Ophthalmologica (10.ª Secção)

I

A atrophia do nervo optico é um dos signaes importantes da tabes e algumas vezes é signal precoce.

II

Esta atrophia se caracterisa pela degeneração cinzenta das fibras.

III

Comtudo as fibras degeneradas não desapparecem e seu envoltorio de myelina persiste.

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica (11.ª Secção)

I

Durante a gravidez de uma syphilitica, é preciso agir efficazmente, ainda que não se apsesente a erupção.

II

O tracamento mercurial deve ser feito desde o começo da gravidez ainda mesmo que exista albumina na urina.

III

Havendo albumina na urina prescrever-se-á o regimen lacteo.

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas (12.ª Secção)

I

O riso é um phenomeno que existe em grande numero de perturbações mentaes.

II

Elle falta ordinariamente nos estados depressivos

III

Elle entra algumas vezes no quadro symptomaologico da hysteria.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 13 de Outubro de 1909.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

L.